Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 51. 17. December. 1889.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

36. Jahrgang.

Originalien.

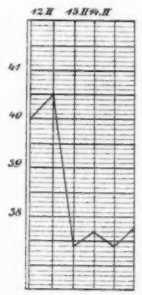
Aus der Krankenabtheilung der k. Gefangenanstalt Zweibrücken.

Die „infectiöse" Form der fibrinösen Lungenentzündung.

Von Dr. *C. Osthoff.*

In der k. Gefangenanstalt Zweibrücken und zwar überwiegend bei der jugendlichen Bevölkerung derselben treten seit dem 12. Februar l. Jrs., in verstärktem Maasse seit dem 4. März, gehäufte Erkrankungen an acuter fibrinöser Lungenentzündung auf, welche, wie ich von vornherein zur Orientirung hervorheben will, den Charakter der von Hrn. Geheimrath v. Kerschensteiner in Amberg constatirten „infectiösen" Pneumonie in deutlicher Weise erkennen lassen.[1])

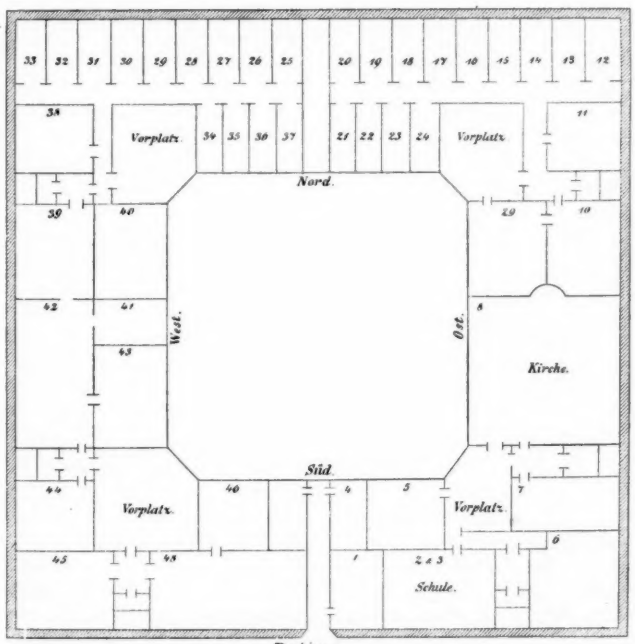
I. —, 33 Jahre alt (Schreinerarbeitssaal, Parterre Nr. 10, Schlafsaal 48) erkrankte mit wiederholtem Frösteln und Appetitlosigkeit, welche sich schon vom 9. II. datirte, in der Nacht vom 10. bis 11. II. an Brustbeklemmung mit Stechen in der rechten Brustseite und grossem Durste.



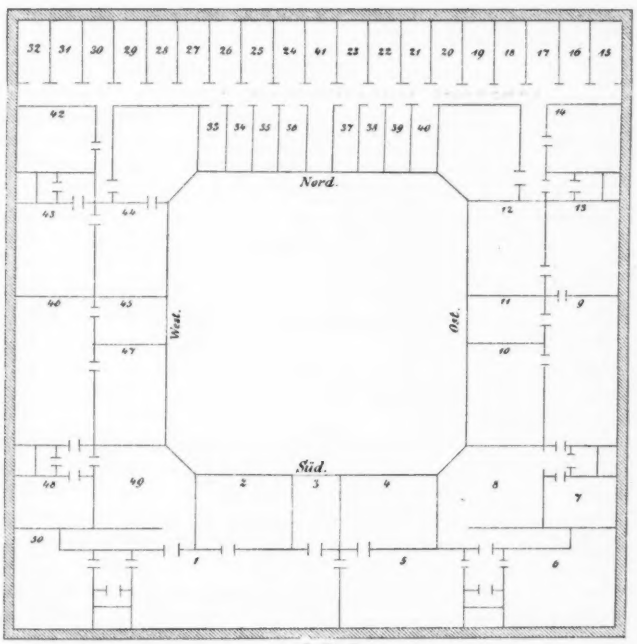
Abortive Form.

Am 12. II. Früh 40,0, Abend 40,5. — 13. II. Früh 37,4, Abend 37,7. — 14. II. Früh 37,4. Abend 37,8. Entlassen 22. II. 89.

Die Symptome der Infiltration des rechten Mittel- und Unterlappens, welche am 12. II. durch Dämpfung und feines Knistern daselbst gegeben waren, hatten sich am 14. II. insofern abgeschwächt, als grobes Knattern RHM und RHU bei feuchter Haut und wenig mehr



Parterre.



I. Stock.

Raumausnützung: Zeitliche Aufeinanderfolge nach Localitäten. (Die Daten sind zumeist doppelte: für Arbeits- und Schlafraum, wenn solche nicht zusammenfallen, wie in Zelle 17/I.)

Parterre. 2) u. 3) Schule. 5) 173 cbm, 14 Betten, 28. III. 6) Werkbureau. 7) Sakristei. 8) Kirche. 9) 190 cbm, 6 Mann, Schreinerei, 15. III., 22. IV., 30, IV. 10) 168 cbm, 14 Mann, Korbflechter, 12. II. 11) 101 cbm, 10 Mann, Arbeitssaal, 6. III. 12—23) 39 cbm. 24) 50 cbm. 25—33) 39 cbm. 34) 50 cbm. 35—39) 39 cbm. 14. 22 III. 17. 26. II., 17. V. 20. 19. II. 38) 75 cbm, Magazin. 39) 190 cbm, 10 Mann, Korbflechterei, 1. III. 40) 161 cbm, 13 Betten, Schlafsaal, seit Mitte März Arbeitssaal, 4. III., 9. III. 42) 261 cbm, 10 Mann, Webersaal, 18. II., 6. III. 43) 161 cbm, 15 Betten, Schlafsaal, seit Mitte März Arbeitssaal. 44) 63 cbm, Geschirrkammer. 45) 234 cbm, 20 Betten. 46) 177 cbm, 16 Betten, 6. III., 15. III., 22. III., 22. IV., 30. IV. 48) 354 cbm, 29 Betten, 12. II., 19. II.

I. Stock. 1) 568 cbm, 38 Mann, Schusterei, 22. V. 2) 275 cbm, 25 Betten, 22. V. 4) 330 cbm, 25 Betten. 5) 488 cbm, 40 Mann, Schneiderei, 5. III., 16. III., 11. IV.. 6. V. 6) 288 cbm, 10 Mann, Schneiderei. 9) 260 cbm, 20 Betten, 5. III., 16. III., 11. IV., 23. IV. 10) 175 cbm, 15 Betten. 12) 179 cbm, 15 Betten. 13) 190 cbm, 15 Betten, 6. V. 14) 101 cbm, 9 Betten, 18. II. 15—32) 39 cbm. 33) 50 cbm. 34—39) 39 cbm. 40) 50 cbm. 41) 39 cbm. 42) 101 cbm, 9 Betten, 1. III. 6. III. 43 u. 44) Spital. 45) Aufseherzimmer. 46) 161 cbm, 50 Mann, Arbeitssaal für Jugendliche, 9. III., 10. III., 17. III., 31. III., 3. IV., 18. VI. 47) 168 cbm, 15 Betten, 17. III., 31. III. 48) 85 cbm, 6 Betten, 4. III., 17. III. 50) 169 cbm, 19 Betten, 10. III., 17. III., 3. IV., 18. VI.

[1]) Aerztl. Intelligenzblatt 1881, Nr. 20.

belegter Zunge die Lösung des Entzündungsprocesses anzeigte. Der Urin war stets frei von Eiweiss.

II. —, 71 Jahre alt, (Webersaal Nr. 42, Part., Schlafsaal 14, I. Stock) wurde am 17. II. von Frost mit darauffolgender Hitze befallen und in das Anstaltsspital mit dem Befunde einer acuten Entzündung des rechten Mittellappens alsbald aufgenommen. RHM Dämpfung, Knistern, Puls elend, undulirend. Zunge dick belegt. Urin frei von Eiweiss.

17. II. Abend 40,0. Ord. 3 mal 0,3 Antifebrin, 1 stündlich eine subcutane Injection von Ol. camphor. — 18. II. Früh 40,8, Abend 38,8, Ord. wie 17. II. — 19. II. Früh 39,3, Abend 40,5, Ord. wie 17. II. — 20. II. Früh 37,9, Abend 37,5, ohne Medicat.

Zunge feucht, Herpes, RHM Dämpfung, Knistern, klagt Schmerzen überall.

21. II.	Früh 37,4	Abend 38,6		25. II.	Früh 37,5	Abend 37,6	
22. II.	» 38,0	» 38,6		26. II.	» 37,5	» 37,8	
23. II.	» 38,0	» 38,3		27. II.	» 37,4	» 37,5	
24. II.	» 37,9	» 37,7					

Am 1. III. zum erstenmal ausser Bett wird Patient am 5. III. völlig genesen in die Abtheilung entlassen.

III. —, 24 Jahre alt, (Korbflechterzelle Nr. 20 Parterre, Schlafsaal ebenda Nr. 48) wurde in der Nacht vom 18.—19. II. wiederholt von Frost geschüttelt, bekam Aufstossen und Stechen RV in der Achselhöhle. Daselbst wurden am 19. II. Früh einige Rhonch. sibilant. festgestellt, wenig mehr am 21. II. bei Fortdauer eines dumpfen Druckes in der rechten Axillargegend. Urin ohne Albumen.

19. II. Früh 40,4, Abend 40,4. Ord. 3mal 0,3 Antifebrin Früh und Abend. — 20. II. Früh 37,5, Mittag 39,0, Abend 38,4. — 21. II. Früh 37,7, Abend 38,3. — 22. II. Früh 37,6, Abend 38,4. — 23. II. Früh 37,5, Abend 38,0. Zunge feucht. RV noch Druck, keine physikalische Abnormität.

24. II.	Früh 37,3	Abend 38,1		27. II.	Früh 37,7	Abend 38,0	
25. II.	» 37,2	» 38,4		28. II.	» 38,1	» 37,6	
26. II.	» 37,8	» 38,3		1. III.	» 37,4	» 37,8	

Am 3. III. geheilt zur Arbeit entlassen.

IV. —, 19 Jahre alt, (Arbeitsaal Nr. 39, Parterre, Schlafsaal Nr. 42, I. Stock) klagte vordem öfter über Kopfweh und Diarrhöen, über ernstlicheres Unwohlsein jedoch erst am 1. III., meldete sich wegen Frost, rasenden Schmerzen in Stirn und Hinterhaupt und Stechen LH an diesem Tage zum Arzt und starb schon am 2. III. in den frühesten Morgenstunden im Collaps, den keine Stärkungsmittel zu heben vermochten.

Die Section ergab einen nussgrossen, fibrinösen, graurothen Herd des linken Unterlappens. Gehirn und seine Häute, ebenso Herz und Gefässe normal. Die übrige Lunge nicht durchfeuchtet. Die Leber an der Oberfläche leicht fettig, Milz weich, nicht vergrössert, der in der Blase enthaltene Urin eiweissfrei.

V. —, 23 Jahre alt, (Parterre, Korbmachereinzelhaftzelle, Nr. 17 bei Tag und bei Nacht) fühlte schon um den 23. II. Stechen in der linken Brustseite, welches sich am 26. II. mit heftiger Neuralgie im rechten Gehörgang und mit Kopfschmerzen verband. Otosc: Rechtes Trommelfell roth, ecchymosirt, linkes Trommelfell rein weiss.

26. II. Abend 40,5, 3 mal 0,3 Antifebrin. — 27. II. Früh 38,5, Abend 39,0, Herpes labial. — 28. II. Früh 38,2, Abend 38,1. — 1. III. Früh 37,9, Abend 38,1, Cathetr. tub. R. — 2. III. Früh 38,0, Abend 37,8. — 3. III. Früh 37,7, Abend 37,7.

Am 5. III. entlassen. Obgleich keinerlei Befund auf der Brust, keine Erklärung für den Husten festgestellt werden konnte, rechne ich den Fall wegen der Allgemeinsymptome, der Fiebercurve mit charakteristischem Abfall, wegen des Herpes und der bei der Pneumonie und Grippe nicht seltenen Neuralgie im Gehörgang zu den abortiven resp. larvirten Lungenentzündungen.

VI. —, 42 Jahre alt, (Schneidersaal Nr. 5, Schlafsaal Nr. 9, beide im I. Stock) wurde am 5. III. in das Anstaltsspital aufgenommen mit quälendem Stechen im Kopf, krampfigem Husten bei jeder Lageveränderung. Frost sei schon vor 4 bis 5 Tagen vorhanden gewesen.

5. III. Früh 40,0, Abend 37,9 (ohne Medic.!). — 6. III. Früh 37,5, Abend 38,3. Zunge feucht. RHO Schall etwas kürzer, Rhonch. sib. Beim Aufsetzen gar nicht mehr aufhörender Kratzhusten.

7. III. Früh 37,8, Abend 37,8. RHO höherer Percussionsschall, Rhonchi sibil., Husten weniger krampfartig. Herztöne rein, Milz klein, Harn ohne Eiweiss. Herpes an Nase und Augenlid sehr verbreitet.

8. III. Früh 37,8, Abend 38,3. — 9. III. Früh 37,8, Abend 37,8. — 11. III. ausser Bett. — 15. III. entlassen.

VII. —, 26 Jahre alt, (Webersaal Nr. 42, Part., Schlafsaal Nr. 42, I. Stock) fror am Morgen des 6. III., erbrach 5 mal hintereinander grüngallige Flüssigkeit, hierauf Hitze und in der Nacht vom 6.—7. III. rasender Kopfschmerz.

7. III. Abend 39,6, 3 mal 0,3 Antifebr. — 8. III. Früh 37,8, Abend 38,0.

Zunge noch belegt, ganz toll im Kopf, kein Husten. Milz deutlich der Länge und Breite nach vergrössert. Herpes der Unterlippe, keine Albuminurie.

9. III. Früh 37,6, Abend 37,8. — 10. III. Früh 37,3, Abend 38,0. Zunge und Kopfweh besser. — 11. III. Früh 37,8, Abend 38,0. — 12. III. Früh 37,8, Abend 37,8. — Am 15. III. entlassen. —

Am 4. VI. Erythema nodos. beider Unterschenkel, Schmerzen in den Kniegelenken. Urin ohne Eiweiss. Milz stark vergrössert. Temperaturen Abend 39,5 mit Morgenremissionen auf 38,4 vom 4.—10. Juni.

VIII. —, 20 Jahre alt. 3 Monate inhaftirt, (Arbeitssaal der Korbflechter Nr. 9, Schlafsaal Nr. 46, Part.). Patient ist schon seit einigen Wochen zu Husten und Heiserkeit geneigt und ist nun seit 3 Tagen bald von Frost, bald von Hitze befallen ohne Kopfweh und ohne Erbrechen. Stuhl normal. Appetit schlecht.

15. III. Abend 40,5, 3 mal 3 Antifebrin. — 16. III. Früh 38,0, Abend 39,7.

Herpes facialis. RHU Knattern und Dämpfung, darüber eine Zone tympanitischen Schalles dicht unterhalb der Spin. scapul., RV in der Axilla hauchendes Exspirium mit Knattern. Im Sputum dickeiteriger Schleim mit viel Blut, bis zum 19. III. Milz klein.

17. III. Früh 37,8, Abend 39,3. — 18. III. Früh 38,4, Abend 38,9, Zunge wird feuchter. — 19. III. Früh 38,0, Abend 38,8.

Fühlt sich entschieden schlechter, der Appetit ist gering, die früher fehlenden Kopfschmerzen sind mit besonderer Intensität eingekehrt und verdunkeln das Bewusstein so, dass der Kranke einen schwer benommenen Eindruck macht. Viel Husten mit starker Bronchialsecretion. LHU, RHU Rasseln. Urin frei von Eiweiss. Ordination: 1 Spritze 50 Proc. Antipyrinlösung subcutan. Vin. xer.

20. III.	Früh 37,7	Abend 38,7		22. III.	Früh 37,9	Abend 37,9	
21. III.	» 37,8	» 38,6		23. III.	» 37,7	» 38,0	

Kopfschmerz wie am 19. III. Herpes vertrocknet. RH, LH Dämpfung und Knistern. Zunge feucht.

24. III.	Früh 37,8	Abend 37,9		25. III.	Früh 37,5	Abend 37,6	

Schläft vor Kopfschmerz trotz Morphiuminjection nicht, welche im Wechsel mit Antipyrin bis zum 29. III. gebraucht werden musste. Erst am 31. III. fühlt sich der Patient ganz wohl und trägt einen freien Gesichtsausdruck zur Schau, obgleich die Temperaturen schon vom 24. III. ab keinerlei Fieberneigung mehr bekundeten. 1. IV. entlassen.

IX. —, 20 Jahre alt, (Arbeitssaal Nr. 11, Korbflechter, Schlafsaal 46, Part.), 9 Monate im Haus. Druck quer über die Brust und in der vorderen Axillarlinie rechts, ohne dass sich physikalisch irgend eine Ursache hiefür auffinden liesse. Sieht von Anfang an schwer krank aus.

6. III.		Abend 39,0		11. III.	Früh 37,8	Abend 38,3	
7. III.	Früh 39,4	» 39,1		12. III.	» 37,8	» 38,4	
8. III.	» 39,9	» 37,9		13. III.	» 37,5	» 38,1	
9. III.	» 36,8	» 37,9		14. III.	» 37,3	» 37,8	
10. III.	» 37,4	» 37,9		15. III.	entlassen.		

Nur aus dem Gesammtverhalten und aus der Temperaturcurve, welche namentlich auch nach spontaner Defervescenz die

Neigung zum Fieberrecidiv mit vielen der ausgesprochenen Fälle gemeinsam hat, dürfte die Berechtigung zu entnehmen sein, ihn den letzteren als abortive Form zuzuzählen.

X. —, 17 Jahre alt. 4 Monate im Haus, (Arbeitssaal der Jugendlichen Nr. 46, Schlafsaal Nr. 50, I. Stock). Am 3.III. Morgens Kopfweh, belegte Zunge, Steifigkeit und Zerschlagenheit in allen Gliedern, Frost.

4.III. Früh 40,2 Abend 40,4 5.III. Früh 39,8 Abend 40,4

RHU intensive Dämpfung, verstärkter Pectoralfremitus, Zunge belegt, Herztöne rein, Milz percutorisch vergrössert, Urin frei von Albumen. Schweres Darniederliegen. Ordination: 1 stündlich 1 Spritze Ol. camphor.

6.III. Früh 39,2, Abend 39,7. — 7.III. Früh 38,9 Abend 39,2. — 8.III. Früh 37,9, Abend 38,2. Heftiges Stechen RH und RV. Ordination: Tinct. Jod. Milz noch gross. — 9.III. Früh 37,9, Abend 38,2. — 10.III. Früh 37,0, Abend 38,5. — 12.III. Früh 37,6, Abend 38,4.

Stechen R dauert fort. RHM und RHU Dämpfung, verminderter Pectoralfremitus, fernes unbestimmtes Athmen.

15.III. Früh 38,4, Abend 39,6.

Unter ansteigendem Fieber bestehen die Symptome einer mässigen, exsudativen Brustfellentzündung rechts bis zur Beendigung der Strafzeit (am 6. IV.. Zweimalige Probepunction ergibt keinen Eiter.

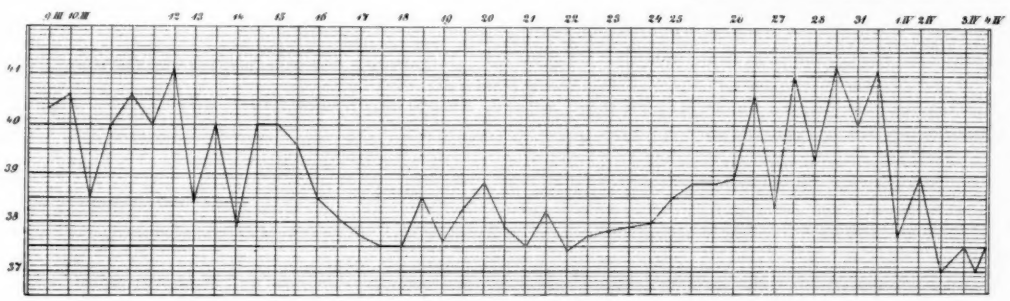
Am 4.IV. Mittag plötzlich Frost. Erbrechen, viel Schmerzen in der rechten Brustseite.

4.IV. Früh 38,0 Abend 40,2 5.IV. Früh 39,0 Abend 39,0

Patient muss am 6.IV. in's Civilspital transferirt werden mit dem Verdachte, es möchte doch ein eiteriger Erguss bestehen oder sich bilden. Die Vermuthung bestätigte sich nicht. Patient genas alsbald.

XI. —, 17 Jahre alt, 9 Monate im Haus. (Schlafsaal Nr. 40 Parterre.) Am 8.III. Abend fehlte schon die richtige Esslust bei der Suppe. Am 9.III. Abend Erbrechen galliger Massen ohne Nachlass, Kopfweh, Ohnmacht, Frost, Stich rechts.

9.III. Abend 40,3 Ordin.: 3 mal 0,3 Antifebr.
10.III. Früh 40,6 » 38,5 » » » »
11.III. » 40,0 » 40,6



Recidivirende Form.

RHO. RVO. 3 Querfinger Dämpfung. Hohes Bronchialathmen. Viel Husten mit reichlichem Blut im dünnflüssigen, oft dunkelfarbenen Secret. Milz percutorisch vergrössert. Urin frei von Albumen. Noch kein Herpes. Stöhnt immerfort und wirft sich im Bett hin und her. 1 stündl. 1 Spritze Ol. camph.; V. Xer.

12.III. Früh 40,0, Abend 41,1. Morphin 0,01, subcutan wegen ständigen Hustens. 3 mal 0,3 Antifebrin.

13.III. Früh 38,4, Mittag 39,9, Abend 40,0. Sehr flüssige Sputa, Puls Früh 100, gut. Herpes fac.

14.III. Früh 37,9, Abend 40,9. Wohler, RHO Rasseln. Zunge dick belegt. Campher-Injectionen wieder aufgenommen.

15.III. Früh 40,0, Abend 39,6. Die Nacht war sehr unruhig gewesen. M. stöhnt und hustet unaufhörlich. Cyanose der Nägel und Wangen, Augäpfel bei enger Pupille nach oben gerollt, Cornea glanzlos. Zunge dickgelb, Respir. 48. Sputum dünn, zwetschgenbrühartig. Puls 118, contrahirt. RHO. RHM Dämpfung. RHM trockenes Knistern. Herz stark nach rechts verbreitert, Milz klein, Urin leicht trüb auf Zusatz von Acid. metaphosphor.

Aus der rechten Vena basil. eine Unze Blut an Herrn Obermed.-Rath Prof. Dr. Bollinger geschickt.

Am 16.III. Früh 38,5, Abend 38,1.

Wider alles Erwarten hat sich die Situation zum Bessern geändert: Die Nacht auf den 17.III. war ruhig, der Husten seltener, der Appetit regt sich sogar schon bei normaler Körperwärme. Weder heute noch in den folgenden Tagen vermindert sich RHO und RVO die Verdichtung der Lunge; ich notire täglich hohes scharfes Bronchialathmen und Leerheit des Percussionsschalles. Nur RHM an der Spitze der Scap. feuchteres Knattern.

18.III. Früh 37,5, Abend 38,5. Verspürt starken Appetit, Allgemeinbefinden, Husten und Auswurf besser.

19.III. Früh 37,6 Abend 38,3 23.III. Früh 37,8 Abend 38,9
20.III. » 38,8 » 37,9 24.III. » 38,0 » 38,6
21.III. » 37,5 » 38,2 25.III. » 38,8 » 38,8
22.III. » 37,4 » 37,7 26.III. » 38,9 » 40,6

Am 19.III. war das Gesicht schon früh stark geröthet und der Husten wieder quälend geworden. Die Dämpfung RHO bleibt wie das scharfe Bronchialathmen. Pectoralfremitus bis unten stark und deutlich. Am 25.III. klagt Patient noch nicht über Schmerz und Kranksein, obgleich nunmehr doch die Allgemeinsymptome den Charakter einer hochfieberhaften Erkrankung an sich tragen, der Kopf heiss, die Zunge belegt wird und der häufigere Husten dickeiterigen Schleim zu Tage fördert: vorläufig noch ohne Blut.

27.III. Früh 38,3 Abend 41,0 30.III. Früh 39,6 Abend 40,5
28.III. » 39,3 » 41,2 31.III. » 39,6 » 40,7
29.III. » 40,0 » 41,1

Sputa crocea, viel Husten und Auswurf, Gefühl von Elend, aber erst am 1.IV. erinnerte der Zustand an die Tage vom 12.—15.III., um rasch wieder zu verschwinden.

1.IV. Früh 37,7, Abend 39,0. — 2.IV. Früh 37,0, Abend 37,5. — 3.IV. Früh 37,2, Abend 37,5.

Erst heute beginnt RHO das Bronchialathmen, das die ganzen drei Wochen nahezu unveränderlich geblieben, zu schwinden bei gleichzeitigem groben Rasseln daselbst.

4.IV. Befinden gut, will immer noch mehr essen.

7.IV. RHO leichte Dämpfung, unbestimmtes Athmen. Kein Knattern, nur noch am medialen Rande der Spin. scap. Zunge rein.

10.IV. ausser Bett.

Es giebt nur eine Deutung für das ganze Bild: Wir hatten es hier mit einem echten Recidiv der Allgemeinerscheinungen zu thun, während die sinnlich wahrnehmbare entzündliche Infiltration trotz der Krise eine continuirliche war.

XII. —, 18 Jahre alt, 5 Monate inhaftirt, (Arbeitssaal der Jugendlichen Nr. 46, Schlafsaal Nr. 50) erkrankte am Vormittage des 9.III. unter einleitendem Schüttelfrost mit ständigem grasgrünem Erbrechen, rasenden Kopfschmerzen und grosser Hinfälligkeit.

10.III. Früh 40,0, Abend 38,3. 3 mal 0,3 Antifebrin.
11.III. » 40,6 » 38,6 » » »

1 stündlich 1 Spritze Ol. camph. wegen auffallender Prostration und unwillkürlichem Urinabgang. Am 11.III. dauert das Erbrechen fort, Herpes der Oberlippe schiesst auf, auf der Lunge jedoch ist kein Herd nachweisbar. Milz percutorisch vergrössert, Herzdämpfung nicht verbreitert, Töne rein, Puls 120. Urin frei von Albumen.

12.III. Früh 40,7, Abend 40,8. 3 mal 0,3 Antifebrin. 0,01 Morfin subcutan wegen Kopfweh, Vin. Xerens. Urin in's Bett. RHO Rhonch. sibil.

13. III. Früh 37,9, Abend 37,7. Grosser Herpes labialis. RHM kleine thalergrosse Dämpfung dicht neben der Wirbelsäule und verschärftes Athmen.

14. III. vollerer Schall und unbestimmtes Athmen daselbst, Zunge in der rechten Hälfte schon feucht. Milz kleiner.

14. III. Früh 37,7, Abend 37,9.

Am 21. III. vollständig genesen und wieder gekräftigt zur Arbeit.

XIII. —, 18 Jahre alt, 1 Monat im Haus, (Arbeitssaal Nr. 5, Schlafsaal Nr. 9, I. Stock), ist seit 15. III. appetitlos, steif in allen Gliedern, wie lahm und gepresst auch auf der Brust. Kein Frost, noch Erbrechen, dagegen starkes Kopfweh. Physikalisch bei der Aufnahme keine Abnormität. Am 18. III. dagegen LHU handbreite starke Dämpfung, Rhonch. sonor. Wiederholtes, sonst nie beobachtetes Nasenbluten.

16. III.	Früh 39,3	Abend 39,0	19. III.	Früh 37,9	Abend 38,0
17. III.	» 38,6	» 40,0	20. III.	» 37,8	» 37,9
18. III.	» 39,6	» 40,0	21. III.	» 37,4	entlassen.

XIV. —, 17 Jahre alt, 17 Monate in der k. Gefangenenanstalt untergebracht, (Arbeitssaal Nr. 46, Schlafsaal Nr. 50), wurde am 17. III. in der Kirche bewusstlos, verspürte alsbald einen Stich in der linken Brusthälfte. Kein Kopfweh, kein Erbrechen.

17. III.		Abend 39,4	21. III.	Früh 37,7	Abend 38,3
18. III.	Früh 37,6	» 38,9	22. III.	» 37,3	» 37,9
19. III.	» 37,5	» 38,5	23. III.	» 37,8	» 37,9
20. III.	» 37,8	» 38,1	24. III.	» 37,9	entlassen.

Bei der ersten Untersuchung dick belegte Zunge, RHO leichte Dämpfung mit hauchendem Exspirium; ebenso am 18. und 19. III. Urin frei von Albumen. Herztöne rein.

Ich wüsste nicht, welche Diagnose zu stellen wäre, wenn nicht die einer unter der Herrschaft des dermaligen Genius epidemicus aufgetretenen, aber sehr milde verlaufenen abortiven Lungenentzündung.

XV. —, 18 Jahre alt, 6 Monate im Haus, (Arbeitssaal Nr. 46, Schlafsaal 47, jugendliche Abtheilung), bot sofort bei seinem am 16. III. Mittag beginnenden Unwohlsein alle Zeichen einer ganz perniciösen und gefährlichen Erkrankung dar. Starker Frost, unstillbares Erbrechen, Mattigkeit mit schmerzhaftem Ziehen in allen Extremitäten, Stiche in der rechten Brustseite überwältigten den nicht schwach zu nennenden Körper in wenigen Stunden so sehr, dass ihm da schon der Tod auf dem Gesichte geschrieben stand.

Am 17. III. Cyanose der Wangen, Hautfarbe fahlgelb an den Schläfen, Hyphaema des linken Augapfels, glanzlose Augen, Schwerbesinnlichkeit, Dyspnoe, Schwindel, kein Kopfweh, Puls contrahirt, elend, 120. Temperatur 39,°3. Zuckende Respirationen, ab und zu klonische Erschütterung der Arme und Beine. Unter nur in der nächsten Umgebung hörbarem Trachealrasseln erfolgte der Tod beinahe lautlos, nachdem der ganze Körper (es war kein Antifebrin, nur Vin. Xer. und $^1/_2$ Stunde 1 Spritze Ol. camphor gegeben worden) schon Stunden vorher tiefblau cyanotisch geworden, Abend $^1/_2$6 Uhr in meiner Gegenwart.

Section Früh $^1/_2$9 Uhr am 18. III. (25 St. p. mort.): Bleifarbene Senkungslivoren über den ganzen Rücken; markstückgrosse, zerstreute auch an den Streckseiten der Extremitäten. Geringe Starre. Fettpolster sehr mässig bei kräftiger Körperanlage. Brustmusculatur hellziegelroth, sehr trocken. Schilddrüse etwas stärker entwickelt. Herzbeutel liegt in normaler Ausdehnung frei. Zwerchfell steht rechts und links an der 6. Rippe. Lage der Baucheingeweide normal. Beckenhöhle leer, Rectum und Blase contrahirt. In letzterer 15,0 lehmfarbenen Harnes — im Leben war keiner entleert worden — welcher filtrirt $^1/_8$ Vol. Eiweissgehalt ergab mit zahlreichen spindelförmigen und glatten Zellen in dichter Aneinanderlagerung und vielen Samenfäden bei der mikroskopischen Untersuchung.

Rechte Lunge völlig frei, im lufthaltigen Oberlappen stark aufgeblasen. Pleura über dem rechten Mittellappen glanzlos, an der costalen wie an der visceralen, dem Ober- und Unterlappen zugehörigen Fläche mit gelben, weichen Fibrinfäden überzogen. Der Mittellappen selbst stark gespannt, derb, augenscheinlich auch der Unterlappen infiltrirt. (Die ganze rechte Lunge mit der rechten Niere und einer wenige Stunden vor dem Tode entnommenen Blutprobe aus der V. bas. wurden sofort Hrn. Obermedicinalrath Prof. Dr. Bollinger überschickt.)

Linke Lunge in ganzer Ausdehnung derb kurzzellig verwachsen. Pleura pulmonalis des Unterlappens stark verdickt. Oberlappen stärker durchfeuchtet, überall lufthaltig, auf dem Durchschnitt hellroth. Linker Unterlappen blutreicher, in der Mitte ein dunkelkirschrother, auf dem Durchschnitt glatter, luftleerer, pneumonischer Herd von Haselnussgrösse. Im Ganzen ist er trockener wie der Oberlappen. Die Bronchialdrüsen locker angeschwollen, feucht auf dem Durchschnitt, mässig pigmentirt. Im Herzbeutel keine vermehrte Flüssigkeit. Herz von normaler Grösse, gut contrahirt. Rechter Ventrikel und rechter Vorhof enthalten nur ganz wenig flüssiges Blut, viel derbes Fibrin ohne Cruor zwischen den Sehnenfäden. Tricuspidalis zart, normal, ebenso die Klappen der Art. pulmon. Linker Ventrikel und Vorhof ganz leer, ersterer auf dem Durchschnitt derb, grauroth, glänzend, 1,1 cm dick. Klappen zart, normal. Aorta 5 cm über den Klappen breit mit 2 ganz kleinen, fettigen Erhebungen der Intima.

Leber normal, Ueberzug glatt, auf dem Durchschnitt stark bluthaltig, mit deutlicher Läppchenzeichnung. Milz bei straff gespannter Serosa leicht vergrössert: 12 cm, 9 cm, 3,5 cm mit blassvioletter, derber Pulpa. Pancreas hellgrauroth, normal, sehr kräftig entwickelt. Niere links etwas vergrössert. Nebenniere mit nur wenig Pigment. Nierenrinde grauroth, gegen das obere Ende wie ausgefasert, Nierenbecken normal.

Die Mesenterialdrüsen alle grauroth, leicht angeschwollen. Im Dünndarm bis hoch herauf auf völlig normaler Schleimhaut die Follikel stark prominent, blass, wie Sagokörner[2]). Nirgends die geringste Röthung oder Usur. Inhalt klebriger Kartoffelbrei mit wenig Galle. Dickdarmschleimhaut normal. Magenschleimhaut glatt, nach rückwärts feinst ecchymosirt, mit reichlichem, wässerig-grünem Inhalt.

Schädeldach wenig blutreich, dünn, leicht. Dura normal. Zahlreiche kleinste Pacch. Granulationen längs der Mittellinie. Die weichen Häute nur an einer 10pfennigstückgrossen Stelle des rechten Stirnhirnes festhaltend und verdickt. Hirnoberfläche, Höhlen und Ganglien normal. Kleinhirn, Arterien der Basis, Brücke und verlängertes Mtrk zeigen auf Oberfläche und Durchschnitt physiologische Verhältnisse.

XVI. —, 20 Jahre alt, (Korbflechter, Einzelhaftzelle Nr. 14, Part.), verspürte am 20. III. Schmerzen auf der Brust und Appetitlosigkeit. Kein Kopfweh, kein Erbrechen, kein Frost, keine Hitze. Seit 8 Tagen zu Diarrhöen und Heiserkeit neigend. Zunge belegt. Rhonch. sonor. rechts und LV. RHM. RV um die Axilla Dämpfung des Percussionsschalles.

22. III.		Abend 40,3	26. III.	Früh 37,7	Abend 37,7
23. III.	Früh 38,1	» 39,0	27. III.	» 38,0	» 37,9
24. III.	» 37,9	» 39,3	28. III.	» 37,9	» 37,8
25. III.	» 38,1	» 38,8			

Diarrhöen schwinden seit heute, Befinden im Allgemeinen gut. Kräfte kehren wieder; entlassen 1. IV.

XVII. —, 20 Jahre alt, (Waschküche), war vor 8 Tagen beim Sprechen leicht belegt, hatte Schlingbeschwerden. Kein Frost, kein Kopfweh, kein Erbrechen. Am 26. III. dagegen trat Kopfweh, Frost, gänzliche Appetitlosigkeit ein, welche bis heute fortdauerte, Müdigkeit in allen Gliedern. Congestionirtes Gesicht. Zunge dick belegt. Herztöne rein. Milz percutorisch vergrössert. (Grenzen mit Lapis, wie in den meisten Fällen markirt.) Kein Wehe auf der Brust.

LHM und LHU neben der Wirbelsäule Dämpfung, inspir. scharfes Knistern und metamorphisirendes Athmen, von unbestimmtem zum bronchialem überspringend. LH gegen die hintere Axillarlinie Knattern, RH ebenfalls.

28. III.	Abend 40,5. 3 mal 0,3 Antifebrin.				
29. III.	Früh 40,5	Abend 40,5	1. IV.	Früh 38,1	Abend 38,0
30. III.	» 39,3	» 39,5	2. IV.	» 38,0	» 37,9
31. III.	» 40,2	» 38,5	3. IV.	» 37,3	» 37,5

[2]) Kühn (Moringen), Berl. klin. Wochenschrift 1879, Nr. 37.

Am 30.III. $^1/_{10}$ Eiweiss im Urin.

Am 31.III. geringere Dämpfung LH.

Kein Herpes, Blut im Sputum. LHM und LHU intensivere Dämpfung, kein Bronchialathmen, nur dicht an der Wirbelsäule Knistern, nach aussen Knattern. Puls voll, weich, Gesicht cyanotisch blauroth, Zunge dick belegt.

3.IV. wohler. Dämpfung noch stärker wie zu Beginn, Milz kleiner. LHU starker Pectoralfremitus. Knattern daselbst. Zunge zeigt nur noch zwei Streifen Beleg. 5.IV. entlassen.

XVIII. —, 19 Jahre alt, (Arbeitssaal Nr. 46, Schlafsaal Nr. 47, jugendliche Abtheilung) ging am 1.IV. in die Krankenstation zu mit hohem Fieber, Husten und Seitenstechen. Zunge belegt. RHO an der Spina scap., ganz feines Knistern. RHO, RVO, bis zur zweiten Rippe Dämpfung. Urin frei von Eiweiss.

Am 2.IV. war der Kranke überaus elend trotz 1 stündl. Campher-Injectionen und Vin. Xer.; der Puls klein, schwach, schwankend. Bis zum Morgen des 3.IV. war er wieder erholt.

1.IV. Früh 41,4, Abend 38,5, Antipyrin-Inject. — 2.IV. Früh 37,8, Abend 41,5. — 3.IV, Früh 37,7, 1 Spritze 50 Proc. Antipyrinlösung am Abend $^1/_2$6. — Abend 41,2 und 40,8. — 4.IV. Früh 39,3, Abend 38,5. — 5.IV. Früh 38,8, Abend 40,8.

Am 4.IV. Herpes der Unterlippe, Milz deutlich vergrössert, keine Albuminurie. Puls sehr frequent mit kleinen Elevationen. RHO feines Knistern in der Fossa supraspinata.

5.IV. Abend wieder angegriffen und matt.

6.IV. Früh 38,2 Abend 38,0 7.IV. Früh 37,6 Abend 37,7.

Am 11.IV. entlassen.

(Schluss folgt.)

Aus dem Pathologischen Institute zu München.

Zur Kenntniss der Kindertuberculose.

Von Dr. *Oskar Müller*, Assistenzarzt 2. Cl. im k. sächs. Sanitäts-Corps; z. Z. in Grossenhain.

(Fortsetzung.)

Was die Betheiligung der einzelnen Organe an den tuberculösen Erkrankungen der Häufigkeit noch anlangt, so ergiebt sich aus unserer Casuistik, dass am häufigsten die Lungen afficirt waren und zwar bei 139 = 92,67 Proc. der Tuberculose-Todesfälle. Demnächst folgen die Lymphdrüsen insgesammt mit 126 = 84,0 Proc.; Pleura 98 = 65,33 Proc.; Milz in 65 Fällen = 43,33 Proc.; Darm in 57 = 38,0 Proc.; Leber in 50 = 33,33 Proc.; Pia 40 mal = 26,66 Proc.; Nieren 35 mal = 23,33 Proc.; Knochen und Gelenke 33 = 22,0 Proc.; Peritoneum 27 = 18,0 Proc.; Gehirn 12 = 8,0 Proc.; Herz 7 = 4,66 Proc.; Magen 5 = 3,33 Proc.; Larynx 4 = 2,66 Proc.; Tonsillen 3 = 2,0 Proc.; Perikard 3 = 2,0 Proc.; Rückenmark 2 = 1,33 Proc.; Nebennieren 2 = 1,33 Proc.; Oesophagus, Parotis, Submaxillaris, Thymus und weibliche Genitalien je 1 mal = 0,66 Proc. Biedert[62]) hat bei 1346 Kinderleichen, welche sämmtlich mit Tuberculose behaftet waren, folgende Zahlen gefunden: Lunge 79,6 Proc., Darm 31,6 Proc., Lymphdrüsen 88 Proc., Peritoneum 18,3 Proc. und für Erwachsene unter 3104 Sectionen Tuberculöser: Lungen 91,2 Proc., Darm 40,7 Proc., Lymphdrüsen 26 Proc., Peritoneum 18 Proc. Wir haben somit für die Lymphdrüsen einen etwas geringeren Procentsatz festgestellt, namentlich auch im Vergleich mit dem der Lungen; doch erhellt aus unserem Befunde zur Genüge der auffällige Unterschied in der Betheiligung der Lymphdrüsen an der Tuberculose der Kinder und der Erwachsener. Ich möchte auch noch hinzufügen, dass sich das Verhältniss anders gestalten wird, wenn wir die Fälle latenter Tuberculose mit berücksichtigen.

Von den selteneren Affectionen seien zunächst Folgende hervorgehoben: Der Magen war betheiligt in 6 Fällen, zweimal zeigte er kleine Erosionsgeschwüre, 1 mal fand sich oberhalb des Fundus ein käsiger Herd,[63]) 1 mal ein Schleimhautdefect an der kleinen Curvatur und 1 mal ein Geschwür an der kleinen Curvatur nahe dem Pylorus.[64]) Bei Biedert finden wir 41 Fälle von Magentuberculose verzeichnet, wovon ein Drittel auf das Kindesalter fällt. Diese Seltenheit der Magenaffectionen wird von Virchow auf die Spärlichkeit des lymphatischen Apparats zurückgeführt. Eine Hauptrolle spielt jedenfalls nach den neuesten Untersuchungen der Widerstand des intacten Epithels. So erhielt Orth bei Fütterung mit Kalkconcrement-reichen Tuberkeln fast immer positive Resultate, dagegen bei Fütterung mit des Kalkes beraubten Tuberkeln stets negative. Ueberdies steht dieser Befund ein Einklang mit der verhältnissmässig seltenen Primäraffection des Darmes. Den Kehlkopf, der allerdings nicht regelmässig controlirt wurde, sahen wir 4 mal afficirt. Diese geringe Zahl ist auffallend, wenn man sieht, wie häufig der Larynx Sitz der croupös-diphtheritischen Erkrankung ist, und lässt sich dieselbe, namentlich im Hinblick auf die Häufigkeit gleicher Affection bei Erwachsenen, vielleicht nur dadurch erklären, dass die Kinder, welche an Lungentuberculose leiden, nur sehr wenig expectoriren, vielmehr die in die grösseren Luftwege gelangten Massen wieder aspiriren.

Die tuberculöse Erkrankung der Tonsillen konnten wir in 3 Fällen (zwischen dem 4. und 7. Lebensjahre) constatiren, und den Oesophagus fanden wir bei einem 7jährigen Knaben mit Miliartuberkeln besetzt neben dem Durchbruch eines vom cariösen 1. Brustwirbel ausgehenden Abscesses. In der Literatur sind nur 2 Fälle von Oesophagustuberculose bei Kindern bekannt, je einer von Frerichs und Zenker mitgetheilt, neben 4 Fällen in späteren Lebensalter.[66])

Von Tuberculose der Thymus berichtet Fall 35, wo bei einem 5jährigen Knaben die Hühnereigrosse Drüse verkäst gefunden wurde, jedenfalls secundär befallen von den gleichartig degenerirten Bronchialdrüsen aus. Von primärer Thymustuberculose fanden wir einen Fall bei Demme.[67]) Die Nebennieren waren in beiden Fällen ihrer tuberculösen Erkrankung mit miliaren Tuberkeln besetzt.[68])

---

[62]) l. c. S. 160 u. 161.

[63]) Nr. 12. 1882. E., Friederike, Taglöhnerskind 3$^1/_2$ J. Kleine Leiche, von schlechtem Ernährungszustand, Schleimhäute blass-bläulich. Länge 85 cm, Gewicht 9$^1/_2$ kg. Diagnose: Meningitis tuberculosa et purulenta. Nebenbefunde: Käsige Pneumonie im lk. O- u. UL. — Allgemeine Miliartuberculose. Beide Lungen verwachsen, beide OL. durchsetzt von grauen miliaren Knötchen. In Spitze d. lk. OL. neben rother Hepatisation ein welschnussgrosser Herd in Verkäsung. Ein gleicher in Spitze des linken UL. — In Grosshirnrinde unter Pia erbsengrosse käsige Knoten. Milz vergrössert, derb, mit linsengrossen käsigen Herden in hyperämischer Umgebung. In Leber kaum sichtbare miliare Tuberkel. — An Vorderseite des Magens oberhalb Fundus ein käsiger Herd. In Dünn- und Dickdarm tuberculöse Geschwüre. Beide Nieren mit zahlreichen diffusen gelblichen Puncten durchsetzt. Bronchial- und Mesenterialdrüsen bis bohnengross und verkäst.

Anhang: War 14 Tage krank. Beginn mit Lähmung der rechten Extremitäten, Coma, Erbrechen. Erscheinungen unverändert bis zum Tode.

[64]) Nr. 115. 1886. H., Ottilie, 11$^3/_4$ J. Aeusserst abgemagert, 124 cm lang, 11,5 kg schwer. Diagnose: Darmtuberculose. Nebenbefunde: An kl. Curvatur nahe Pylorus ein 20-Pfennigstückgrosses Geschwür mit speckigen Rändern. Schleimhaut des Ileum und Colon asc. vielfach durch Geschwüre zerstört. Dünndarmschlingen mit Coecum und Colon asc. zu einer derben, geschwulstähnlichen, theilweise verkästen Masse vereinigt. Auf parietalem Blatt des Peritoneum mehrere verkäste Knötchen. Mesenterialdrüsen vergrössert und verkäst. Rechte Tube und Ovarium mit infiltrirten Massen um Coecum verwachsen. Beide Tuben durch verkäste Knoten verdickt. Cava inf. mit gelben, sehr festen, kreidigen Thromben erfüllt. Amyloid-Milz und Miliartuberculose der Lungen.

[65]) Nr. 21. 1883. P., Franz, 7 J. Sehr abgemagerte Leiche; äusserst blasse, dünne Haut. Länge 92 cm, Gewicht 11 kg. Diagnose: Caries des I. Brustwirbels. Nebenbefunde: Myelitis et Meningitis spinalis. Phthisis combin. Beide Lungen an Spitze adhärent. In Spitze der rechten OL. gelblichgraue Knötchen in schwärzlichem, cirrhotischem Gewebe. Abwärts eine strahlige Narbe mit weissgrauen Zügen, in deren Mitte ein erweiterter hyperäm. Bronchus. UL. splenisirt. Linke Lunge infiltrirt, fast luftleer. Auf hinterer Fläche der linken Lungenspitze 1 thalergrosses Geschwür, in Verbindung mit dem cariösen Wirbel. Bronchialdrüsen vergrössert, derb, eine unter Bifurcation gelegene verkäst. Vom 1. Brustwirbel aus greift eine ausgedehnte Jauchehöhle über auf beide Lungenspitzen, perforirt die Wand des Oesophagus. In In dessen Schleimhaut 2 hirsekorngrosse Knötchen in Nähe der Jauchehöhle. Aus rechter Tonsille käsige Schmiere. Milz und Mesenterialdrüsen vergrössert.

[66]) Vergl. Biedert, l. c. S. 183.

[67]) 22. Bericht d. Jenner'schen Kinderspitals 1884. S. 38.

[68]) Nr. 73. 1885. G., Marie, 1$^2/_3$ J. Schwächlich, sehr atrophisch.

Hervorgehoben sei noch der schon bei anderer Gelegenheit erwähnte Fall (Nr. 115) von Tuberculose der Tuben und eines Ovariums, secundär befallen vom Darm aus.

Wenden wir uns nun zu den häufigeren Localisationen der Kindertuberculose. Die drei verschiedenen Processe, die im Grossen und Ganzen der Lungentuberculose zukommen, nämlich die acute Miliartuberculose, die acute und subacute käsige Pneumonie und die chronische Phthise, finden wir in mannigfaltiger Weise combinirt. Vor Allem fällt uns das vornehmliche Auftreten der käsigen Pneumonie im früheren Kindesalter auf, während mehrere Fälle nach dem 10. Lebensjahre fast gleiche Bilder geben wie bei Erwachsenen: Ausgedehnte Cavernenbildung, von der Spitze ausgehend in bindegewebig verdickter Umgebung, daneben vereinzelte käsige Herde und miliare Knötchen.[69]) Von den 139 Leichen mit Lungentuberculose waren allein 68 ausschliesslich mit den käsig pneumonischen Processen behaftet, abgesehen von der nicht geringen Anzahl, in welcher derselbe als Theilerscheinung auftrat. Die tuberculöse Lungenerkrankung überhaupt erreicht im 4. Lebensjahre ihre höchste Frequenz. Die käsige Pneumonie dagegen steigt im 2. Lebensjahre rasch zur höchsten Ziffer an, um bis zum 6. Jahre allmälig, von da ab schnell an Häufigkeit abzunehmen; ein Verlauf, wie wir ihn oben besonders für die Masern fanden. Und in der That gehören hierher die Fälle, in denen, wie schon hervorgehoben, die sich an die Masern anschliessende katarrhalische,[70]) seltener croupöse,[71]) Pneumonie sich in eine tuberculöse, käsige, umwandelte. Betreffs der Localisation der Lungentuberculose lässt sich schwer die Prädilection der einen Lunge vor der andern behaupten, wohl aber die der unteren und mittleren, dem Hilus näher gelegenen Theile; wenigstens im Beginn und um so deutlicher, je jünger das Kind ist; eine Thatsache, welche die hohe Bedeutung der Bronchialdrüsentuberculose sehr klar vor Augen führt. Wie es der Kindertuberculose überhaupt eigenthümlich zu sein scheint, dort, wo sie einmal Fuss fasst, besonders heftig aufzutreten und unaufhaltsam sich auszubreiten, so bemerken wir dies auch bei der Lungenerkrankung, besonders der chronischen Phthise. Hier sehen wir gewöhnlich mehrere Lappen an entlegenen Stellen zu fast gleicher Zeit befallen werden und von zahlreichen Cavernen in käsig infiltrirtem Gewebe durchsetzt. Im Zusammenhang hiermit steht der häufige Mangel oder wenigstens die geringe Entwickelung der Bindegewebsbildung, welche man bei Erwachsenen meist in hohem Grade vorfindet, der jedoch bei der Heftigkeit der Ausbreitung im Kindesalter die nöthige Zeit zur Entwicklung fehlt.[72])

Wie aus obiger Statistik hervorgeht, nimmt die Pleura in der Mehrzahl der Fälle von Lungentuberculose an der Erkrankung theil, was ja mit ihrem Verhalten bei Lungenkrankheiten überhaupt im Einklang steht. Zum grossen Theil sind es Adhäsionen, fibrinöse Auflagerungen mit serösem Exsudat, nicht selten beträchtliche bis 5 mm dicke Schwartenbildungen, mehrmals eitrige, zuweilen hämorrhagische Pleuritiden; meist aber, nicht nur bei allgemeiner Miliartuberculose, sondern auch im Anschluss an die verschiedenen Lungenprocesse finden wir die Pleura mit miliaren und submiliaren Knötchen besetzt, in vereinzelten Fällen mit grösseren käsigen Knoten.

Characteristisch für die Kindertuberculose ist die überaus häufige Erkrankung der Lymphdrüsen. Dieselben sind meist geschwellt, succulent, im Centrum erweicht, verkäst, verkalkt, oder mit miliaren Knötchen durchsetzt, oft zu grossen Packeten vereinigt. Fast bei jeder tuberculösen, wenigstens primären, Erkrankung irgend eines Organs finden wir die zugehörigen Lymphdrüsen verändert. Was aber das Bezeichnende ist, der primäre Herd kann abheilen, oder die Eingangspforte des Infektionsträgers kann unversehrt bleiben, während die Drüsenaffection fortdauert. Die Drüse bildet eine Brutstätte für den Krankheitserreger, sie geht regressive Metamorphosen ein, sie verkäst und bildet so lange, bis sie verkalkt ist und damit ihren infektiösen Charakter verliert, fortwährend für jeden beliebigen Reiz eine Quelle der Infection der übrigen Organe.[73]) Dass nun aber diese Aus-

---

Länge 67 cm, Gewicht 4 1/2 kg. Diagnose: Allgem. Miliartuberculose des rechten O u. ML., linke Pleura, Milz, rechte Nebenniere. Nebenbefunde: Nekrose des Metacarpalknochen der rechten Hand. Adhäsivpleuritis links unten. Lobäre und lobuläre Infiltrate im linken UL. Bronchialdrüsen vergrössert. Endocarditis verrucosa der Mitralis. Mesenterialdrüsen vergrössert und verkäst.

Nr. 109. 1886. R., Georgine, 13 J., Taglöhnerskind. Grosse Leiche, geringer Ernährungszustand; Länge 145 cm, Gewicht 27.5 kg. Diagnose: Tuberculöse Basilarmeningitis. Acute Miliartuberculose der Lungen, Pleuren, Bronchialdrüsen rechts, Leber, Milz, Nieren, Nebennieren, Peritoneum. Nebenbefunde: In rechter Pleura oben ein erbsengrosses verkästes Knötchen. Hintere Mediastinaldrüsen geschwellt, mit beginnender Verkäsung; in einer derselben ein festes, ausgebildetem Knochen ähnliches, Kalkconcrement. Adhäsivpleuritis links. Hydrocephalus ext. et int. Ein Dünndarmgeschwür.

[69]) Als Beispiel hiefür diene folgender Fall: Nr. 85. 1885. H., Josef, Gärtnerlehrling, 14 J. Hochgradig abgemagert und anämisch. Länge 132 cm, Gewicht 22 1/2 kg. Diagnose: Chronische Lungentuberculose. Nebenbefunde: Geschwürige Zerstörung des linken Stimmbandes mit theilweiser Loslösung des Knorpels. Geschwüre in der Längsrichtung der Trachea, mit eiterig infiltrirten Rändern. Peribronchitis nodosa et caseosa im rechten M und UL. Linke Lunge ganz durchsetzt von zahlreichen Cavernen mit eiterigem Inhalt, in hochgradig verdichteter Umgebung. Im UL. Process noch nicht so vorgeschritten wie im OL. Im rechten OL. eine hühnereigrosse Caverne und mehrere kleine im cirrhotischen Gewebe. Im rechten UL. beginnende Cavernenbildung. Adhäsivpleuritis. Bronchialdrüsen geschwellt. Tuberculöse Geschwüre im Dickdarm, ebenso im Processus vermiformis neben erbsengrossen käsigen Herden. Alte Perityphlitis. Mesenterialdrüsen vergrössert.

[70]) Nr. 49. 1884. L., Barbara, 3 3/4 J., Taglöhnerskind. Mittlerer Ernährungszustand, Haut abschilfernd, mit bis bohnengrossen, confluirenden, bräunlichrothen Flecken. Länge 87 cm, Gewicht 10,5 kg. Diagnose: Käsige Pneumonie rechts, besonders in Spitze des OL. Nebenbefunde: Lobulärpneumonie in beiden Lungen. Alte Adhäsivpneuritis. Tuberculöse Arthritis cubiti s. — Bronchial- u. Mesenterialdrüsen geschwellt, verkäst und verkreidet. Submaxillardrüsen beiderseits geschwellt, links eine über 2 cm lange Narbe. Krankengesch.: Seit 2 Monaten wegen Abscess des Ellenbogens in Behandlung. Vor 5 Tagen als Hausinfection Varicellen, darauf Morbilli.

[71]) Nr. 41. 1884. L., Johann, Taglöhnerskind, 3 1/6 J. Kräftiger Körper, Länge 85 cm, Gewicht 12,5 kg. Diagnose: Croupöse Pleuro-Pneumonie links mit beginnender Verkäsung. Spitze frei. Nebenbefunde: Cervivaldrüsen beiderseits geschwellt. Geschwüre auf Tonsillen und Larynx. Multiple Lobulärpneumonie rechts. Bronchialdrüsen beiderseits bis welschnussgross verkäst. In vergrösserter Milz stecknadelkopfgrosse käsige Herde, in Leber ein solcher von Bohnengrösse. Im Ileum hyperämische Partien mit gelblichen Centren. Mesenterialdrüsen geschwellt, mit stecknadelkopfgrossen gelben Puncten und part. Verkäsung. Krankengeschichte: Morbilli durchgemacht, 10 Tage vor dem Tode Lungenerscheinungen.

[72]) Nr. 8. 1882. F., Josef, 1 1/2 J., Taglöhnerskind. Sehr mangelhaft entwickelt, abgemagert, 67 cm lang, 4 1/2 kg schwer, Fontanellen stark eingesunken, Schleimhäute sehr blass. Diagnose: Phthisis pulmon. comb. chron. Nebenbefunde: Im vorderen Mediastinum bis kirschgrosse drüsige Einlagerungen. Beide Lungen adhaerent. Auf rechter Pleura drüsenartige verkäste Herde. In Spitze des rechten OL derbe prominente verkäste Herde. Im ML. weissgelbe Infiltration, in Mitte eine bohnengrosse Caverne. Im UL. graue Infiltration und graue fibrös-peribronchitische Knötchen, daneben eine frische Caverne. In Spitze des linken OL eine haselnussgrosse Caverne, braunrothe Splenisation, grauweise Herde mit Umwandlung in Cavernen. Im UL graurothe Einlagerungen. Lobuläre Verkäsung. Bronchial- u. Mesenterialdrüsen bis Kirschgross, verkäst; ebenso sämmtliche übrige Lymphdrüsen. Acute Miliartuberculose des Peritoneum, Leber, Milz. Im unteren Ileum ulceröse Zerstörung des Darmes mit verlötheter Perforation. Peritonitis chronica. In Darmserosa grauweissliche Knötchen. In Leber ausserdem noch zahlreiche käsige Herde. Klnische Diagnose: Atrophie.

Nr. 90. 1886. F., Auguste, Schreinerkind, 4 1/2 J. Stark abgemagert, Musculatur und Fettpolster fast geschwunden. Länge 88 cm, Gewicht 8 kg. Diagnose: Chronische Lungentuberculose. Nebenbefunde: Linke Lunge verwachsen, subpleurale Blutungen. Im linken OL bis 1/2 cm tiefe Einsenkungen. Auf Schnittfläche sämmtlicher Lappen zahlreiche bis haselnussgrosse, glattwandige Cavernen mit käsigem Eiter. Umgebung cirrhotisch. In mittleren Theilen beider Lungen zahlreiche stecknadelkopfgrosse, käsig-peribronchit. Einlagerungen und submiliare graue Knötchen. In Spitze des linken OL eine kirschgrosse Caverne mit zerfetzten Wandungen, von Bindegewebsspangen durchzogen. Bronchialdrüsen geschwellt, theilweise verkäst. Im Coecum zahlreiche kleine Geschwüre. Tuberkeleruption. Im Dünndarm auch geschwürige Stellen und kleine käsige Knötchen.

[73]) Nr. 126. 1887. F., Michael, 3 J., Maurerskind. Ziemlich abgemagert, Haut faltig und trocken. Länge 89 cm, Gewicht 8 1/2 kg. Diagnose: Tuberculöse Basilarmeningitis. Nebenbefunde: Allgemeine Miliartuberculose der Lungen, Pleuren, Milz, Leber, Nieren. Primäre Tuberculose der Bronchialdrüsen. Sämmtliche Bronchial- und Mediastinaldrüsen verkäst. An rechter Lungenwurzel eine kirschgrosse abgekapselte Caverne, dicht dabei eine kirschgrosse käsige Lymphdrüse,

breitung nicht öfter eintritt, als man es nach der Häufigkeit der primären Lymphdrüsenerkrankung erwarten müsste, hat einmal darin seinen Grund, dass die Drüsenkapsel einen ziemlich energischen Widerstand setzt, dann aber in dem Umstande, dass sich das vas efferens sehr bald mit den zerfallenen Drüsenmassen verstopft. Findet dennoch der Infectionsstoff seinen Weg vermöge der vielen Collateralbahnen, so gelangt er zunächst doch wieder in eine Lymphdrüse, und so kommt es, dass bald nach und nach die nächsten und schliesslich die entfernteren Drüsen in Mitleidenschaft gezogen werden.[74]) Es kann aber auch die Drüsenmasse ihre Kapsel nach einer benachbarten hin durchbrechen, so dass die bis gänseeigrossen Packete entstehen, oder schliesslich die freigewordene Drüsenmasse befällt direkt das Lungengewebe, oder durchbricht die Wandung eines Bronchus oder eines Blutgefässes. Fragt man nun, welche die am häufigsten afficirten Drüsen sind, so müssen wir in Uebereinstimmung mit anderen Statistiken, die Bronchialdrüsen anführen, möchten dies jedoch mit gewissem Vorbehalt thun. Denn wenn man bedenkt, wie häufig die Halsdrüsen bei Kindern erkranken und wie selten Leichen mit derartigen Veränderungen zur Sektion gelangen, da dieselben oft schon zuvor abgeheilt sind, abgesehen ferner davon, dass die Cervicaldrüsen in den Sectionsberichten vielleicht nicht immer die genügende Berücksichtigung finden, so wird man wohl annehmen dürfen, dass die Halslymphdrüsen in der Frequenz ihrer tuberculösen Erkrankung den Bronchialdrüsen bedeutend näher kommen, als wir dies constatiren konnten. Es fanden sich unter den 126 Fällen die einzelnen Lymphdrüsengruppen in folgender Häufigkeitsscala erkrankt: Bronchialdrüsen 103 mal = 81,74 Proc. der Fälle mit Lymphdrüsenaffectionen, Mesenterialdrüsen 72 = 57,14 Proc., Mediastinaldrüsen 14 = 11,11 Proc., Cervicaldrüsen nur 11 mal = 8,75 Proc., Retroperitonealdrüsen 9 = 7,14 Proc., Portaldrüsen 6 = 4,76 Proc., epigastr. Drüsen 4 = 3,17 Proc., Retromaxillar- und Inguinaldrüsen je 3 = 2,38 Proc. In den meisten Fällen gelangt das Virus zu den Lymphdrüsen auf die Weise, dass es im Bezirk der denselben zugehörigen Lymphbahnen eindringt und durch letztere den Drüsen zugeführt wird. Es kann nun, wie schon erwähnt, die Eingangspforte unversehrt bleiben, und so finden wir öfters tuberculöse Bronchial- und Mesenterialdrüsen ohne Affectionen der Lungen bezw. des Darmes. Da nun aber die Bronchialdrüsen häufig die Lungen in Mitleidenschaft ziehen, nicht aber die Mesenterialdrüsen den Darm, so finden wir diesen auch relativ seltener erkrankt als die zugehörigen Drüsen. Ausserdem sind die Mesentrialdrüsen viel seltener primärer Sitz der Tuberculose als die Bronchialdrüsen, vielmehr bilden die verkästen Gekrösdrüsen öfter eine Theilerscheinung der allgemeinen Tuberculose.

Bezüglich der Leber- und Milztuberculose gehen die verschiedenen Angaben sehr weit auseinander.[75]) Nur darin stimmen sie überein, dass sie beide Organe als ziemlich häufig betheiligt anführen. Dies erklärt sich aus den beiden Drüsen eigenthümlichen Circulationsverhältnissen. Neben den Miliartuberkeln findet man häufig kleinere und grössere käsige Herde, in der Leber zuweilen starrwandige Cysten mit theils festem theils verflüssigten grünlichen Inhalt, und zwar meist in dem direct unter der Kapsel gelegenen Gewebe. Degeneration, Amyloidentartung, Stauungsleber und Milztumor sind natürlich auch im Kindesalter nicht seltene Befunde.

Was die Darmtuberculose anlangt, so können wir der Angabe Kundrat's[76]) nicht beistimmen, dass dieselbe häufiger vorkomme als bei Erwachsenen und dass sie mit dem zunehmenden Alter häufiger würde. Wir verzeichneten sie in 38 Proc. der Fälle gegenüber 70—80 Proc. bei Erwachsenen[77]) (Bollinger). Unter unseren 57 Fällen vertheilten sich auf's 2. und 3. Lebensjahr je 7, auf's 4. 10, um dann abzunehmen und nur im 14. Jahre noch einmal die Zahl 7 zu erreichen. Meist waren die Drüsen mit erkrankt, etwa in 75 Proc., und zwar, entsprechend der hauptsächlichen Localisation im unteren Ileum, am häufigsten die der Ileocoecalgegend. Der Process beschränkte sich auf's Ileum allein 22 mal, Ileum und Coecum 7 mal, Proc. vermiform. 1 mal, Colon allein in 4 Fällen. Vor allem fanden sich circuläre Geschwüre, daneben miliare Knötchen und käsige Herde, meist von den Peyer'sch Placques und Solitärfollikeln ausgehend. Drei Fälle endeten mit Perforationsperitonitis, 1 mal wurde eine verlöthete Perforation constatirt. Die Rolle des Darmes als Infectionspforte scheint auch bei Kindern nur eine untergeordnete zu sein, wenngleich die Möglichkeit nicht geleugnet werden kann, vielmehr dieselbe durch zahlreiche Beobachtungen festgestellt ist.[78]) Wir fanden die Darmerkrankung in der Mehrzahl der Fälle mit Lungentuberculose combinirt, und meist jüngeren Datums als diese.

Das cerebrospinale Nervensystem zeigte sich in 36 Proc. vertreten, mit grösster Frequenz im 4. Lebensjahre. Das Rückenmark erkrankte beide Male (im 6. und 7. Jahre) von Brustwirbelcaries aus.[79]) Das Gehirn war nur 2 mal primärer Sitz von käsigen Solitärtuberkeln im pons,[80]) bezw. cerebellum,[81]) 1 mal nahm es an allgemeiner Miliartuber-

---

welche mit einem Bronchus communicirt. Chron. Lungentuberculose, besonders rechts, käsige Pneumonie mit Cavernen. Mesenterialdrüsen geschwellt, theilweise verkäst. Starker Hydrocephalus internus.

Nr. 123. 1887. W., Anna, 1¾ J. Schlecht genährt, anämisch. Länge 71 cm, Gewicht 5½ kg. Diagnose: Acute Miliartuberculose der Lungen, Pleuren, Milz. Nebenbefunde: Primäre Tuberculose der Bronchial- und mehrerer hinterer Mediastinaldrüsen. Rechte Lunge oben etwas adhärent. Darmkatarrh. Rachitis. Pachymeningitis haemorrhag. int. diffusa.

74) Nr. 11. 1882. S., Anna, Schusterskind, 13 J. Hochgradig abgemagert, 116 cm lang, 15 kg schwer. Diagnose: Tuberculöse Darmgeschwüre mit entsprechender Miliartuberculose der Serosa. Nebenbefunde: Hochgradige Scrophulose der Cervical-, Bronchial-, Mesent.- und Retroperitonealdrüsen, letztere mit Verkreidung, welschnuss- bis mannsfaustgrosse käsige Drüsenpackete. Spitzencirrhose beiderseits. Im rechten OL mehrfache dunkle cirrhotische Herde mit gelben peribronchit. Knötchen. Im Ileum ausgedehnte circuläre Geschwüre mit fetziger, dunkel pigmentirter Basis und aufgeworfenen Rändern, ein gleicher im Coecum, übriger Dickdarm frei. Fibrinöse Peritonitis mit bedeutendem serösem Exsudat. Anasarca. Icterus. Krankengeschichte: Vor 4 Monaten Spitzenkatarrh. Seit 1 Monat Peritonitis. Je eines der Eltern und Geschwister an Tuberculose gestorben.

Nr. 60. 1885. R., Michael, Gärtnerskind, 10 J. Schwächlich gebaut; blasse Hautfarbe. Länge 110 cm, Gewicht 12,5 kg. Diagnose: Darmtuberculose. Nebenbefunde: Peribronchit. Herde in der linken Lunge und rechten OL. Verkäsung der Bronchialdrüsen. Scrophulose. Lymphadenitis caseosa colli chronica mit Geschwürsbildung (Cervical-, l. Axillar- und Drüsen der oberen Brustapertur). Am proc. vermiform. ein thalergrosses Geschwür mit graugelbem Grunde. Verkäsung der Mesenterialdrüsen der Ileocoecalgegend. Milz von käsigen Knoten durchsetzt.

75) cf. Biedert, l. c. S. 171.

76) c. Wiederhofer, »Darmtuberculose«, Gerhardt's Handbuch IV, 2. S. 590.

77) Die Angabe von Biedert (40%) über die Häufigkeit der Darmtuberculose bei Erwachsenen ist offenbar viel zu gering.

78) cf. die ausführliche Zusammenstellung der einschlägigen Versuche bei Biedert, l. c. S. 184—207.

79) s. Nr. 21 auf S. 16, ferner: Nr. 108. 1886. B., Elise, 5½ J., Maurerskind. Stark abgemagert, 99 cm lang, 10.5 kg schwer. Diagnose: Tuberculöse Myelomeningitis am 7. Hals- u. 1. Brustwirbel. Nebenbefunde: Halswirbelsäule an betr. Stelle erfüllt mit gelber trockener Masse, welche am Periost adhärirt. Periost, Bänder und Knochen hochgradig zerstört. Dura spin. an einer Stelle durchsetzt durch eiteriges Infiltrat, hier Rückenmark geschwellt und erweicht. Rechts über Vorderhorn und links über Corpus striat. je ein erbsengrosser verkäster Herd, ferner in Mitte des Letzteren und im Splen. corp. callosi. Seitenventrikel hochgradig erweitert, Oberfläche mit Knötchen besetzt. Käsige Pneumonie beiderseits. Bronchialdrüsen verkäst. Miliartuberculose in Pleura, Milz, Leber, Nieren. Vereiterte Cervicaldrüsen rechts. — Decubitus.

80) Nr. 75. 1885. H., Lina, Mechanikerskind, 5½ J. Schlecht entwickelt, Haut blass. Diagnose: Chron. käsig. Solitärtuberkel d. Pons. Nebenbefunde: Am Splenium corp. call. rechts ein enteneigrosser, in der Mitte zerfallener, gelblicher Tumor, der unten auf d. pons liegt, hinten an's Kleinhirn anstösst und die Basis des IV. Ventrikels bildet. In Spitzen beider OL mehrere kleine graue Knötchen. In Milz 2 kleine graue Knötchen. Endocarditis verrucosa der Mitralis. Krankengeschichte: Vor 3 Jahren Keuchhusten, darauf Lungenentzündung und Schaflblattern. Dann gesund, bis vor ½ Jahr cerebrale Symptome eintraten.

81) Nr. 148. 1888. R., Josef, 5½ J. Mittelgross, Fettpolster und Musculatur atrophisch, Thorax und unten zu verschmälert, Kopf sehr gross. Länge 100 cm, Gewicht 11 kg. Diagnose: Käsiger Tumor im Cerebellum. Nebenbefunde: Chron. Hydrocephalus int. höchsten Grades (600 cc). Lobulärpneumonie beider UL. Am hinteren Rand des rechten UL eine strahlige Narbe, entsprechend einer ca. 1 cm

culose theil, und in den übrigen Fällen war es secundär mit käsigen Herden behaftet. Die tuberculöse Basilarmeningitis, welche bisweilen auf die Convexität übergriff,[82]) spielt eine Hauptrolle unter den terminalen Erscheinungen der Kindertuberculose, indem sie 33 mal in Verbindung mit Miliartuberculose anderer Organe und 4 mal allein den Abschluss bildete;[83]) in zwei der letzteren Fälle waren verkäste Bronchialdrüsen die primäre Erkrankung.

Die Nieren boten einmal den Befund einer käsigen Pyelonephritis,[84]) waren in seltenen Fällen von käsigen Herden durchsetzt, am häufigsten von Miliartuberkeln. — Das Peritoneum war in 3 Fällen infolge Perforation tuberculöser Darmgeschwüre erkrankt; meist fanden sich zahlreiche Adhäsionen und Einlagerungen miliarer Tuberkel, seltener käsiger Herde, ein Mal Absackung eines grösseren käsigen Exsudates. Nur in einem Falle war eine subacute Adhäsiv-Peritonitis als Primäraffection anzusehen, an die sich eine acute Miliartuberculose anschloss.[85])

Das Herz enthielt in seltenen Fällen spärliche Miliartuberkel an der Mitralis und in der vordern Wand. Abgesehen davon zeigte es ziemlich häufig anderweitige Veränderungen, wie fettige Degeneration, Hypertrophie und Dilatation je einer Herzhälfte oder beider zugleich.

Eine hohe Bedeutung scheint den tuberculösen Erkrankungen der Knochen und Gelenke zuzukommen. Sie geben bekanntlich oft die ersten Localisationen der Tuberculose ab. Am häufigsten werden sie im 4. Lebensjahre bei der Section gefunden und häufig als primäre Erkrankung. Betreffs ihres Zusammenhanges mit scrophulösen Erkrankungen der Haut und der Sinnesorganne, wie ihn Sprengel[86]) hervorhebt, fehlen den Sectionsberichten die diesbezüglichen Angaben. Vor allem fanden wir die Coxitis vertreten, nächstdem Spondylitis, Fungus des Ellenbogengelenkes, des Fussgelenkes und der Fusswurzel. Von den Wirbelkörpern waren besonders die Brustwirbel erkrankt, je 1 mal der 1. und 2. Lendenwirbel und der 7. Halswirbel.[87]) In einem Fall war die Coxitis der Ausgangspunkt einer allgemeinen Miliartuberculose, drei Mal wurden die Lungen direct von dem Process ergriffen.[88]) Fungöse Entzündung des Kniegelenks wurde 1 mal verzeichnet, Caries des Unterkiefers 2 mal, spina ventosa 1 mal, und in einem Falle war das os parietale durch käsig-eitrige Einschmelzung perforirt. In 5 Fällen waren mehrere Knochen, bezw. Gelenke zu gleicher Zeit erkrankt.

Welches ist nun der Verlauf der Kindertuberculose? Da die Tuberculose eine Infectionskrankheit ist, gehören zur Entstehung derselben zwei Bedingungen, das specifische Gift, dann aber ein günstiger Nährboden für dasselbe, mit andern Worten die Disposition. Dass Infection direct durch's mütterliche Blut möglich ist, beweisen zweifellose Fälle, wie sie u. A. von Demme[89]) und Johne[90]) mitgetheilt worden sind. Doch stehen derartige Beobachtungen immer nur vereinzelt da, und lässt sich nicht leugnen, dass im Verhältniss zu der Häufigkeit im 2.—4. Lebensjahre die Tuberculose des 1. Lebensjahres selten ist, besonders aber in den ersten Wochen oder gar Tagen, in denen doch die congenitale Infection zum Ausbruch kommen müsste. Wohl aber kann man einen gewissen Einfluss der Abstammung nicht von der Hand weisen, nämlich die Vererbung der Disposition, d. i. des Schwächungszustandes, der den Körper oder einzelne Organe oder Gewebe geeignet macht, auf jedweden unbedeutenden Reiz unverhältnissmässig leicht und intensiv zu reagieren. Gleichviel ob die Disposition angeboren oder erworben ist, die Infection mit dem specifischen Gift muss dazu kommen. Von den zwei gewöhnlichen Wegen durch Lunge und Darm tritt letzterer als Infectionspforte an Bedeutung sehr zurück. Sehen wir auch von den wenigen Fällen ab, in denen eine Verletzung der Haut den directen Anlass gab zur Infection, auch davon, dass nach den neuesten Forschungen ekzematöse und impetiginöse Ausschläge ziemlich häufig, wie Demme[91]) nachgewiesen hat, den Ausgangspunkt der Infektion abgeben können, so bleibt nur die Respirationsschleimhaut übrig zum Eintritt des Virus in den Organismus, und zwar als thatsächlich häufigster Befund. Der Infektionsstoff wird also direkt mit der Inspirationsluft der Alveolarwand zugetragen. Während sich derselbe nun bei Erwachsenen und älteren Kindern hier festsetzt und zwar fast durchgängig in der Lungenspitze, da diese vermöge ihres Baues die genügende Exspiration und Ausstossung des Virus erschwert, finden wir bei jüngeren Kindern häufig, dass dasselbe die Alveolarwand ohne jedwede Störung passirt und in die Bronchialdrüsen geführt wird. Dies ist jedenfalls der Hauptgrund für die abweichende Localisation der tuberculösen Processe in der kindlichen Lunge. Von der Drüse aus kann nun das Virus, — wenn es nicht inzwischen abstirbt, die Drüse verkalkt und somit ihre Infectiosität verliert, so dass dann der Process latent geblieben und als solcher verheilt ist, — entweder durch regionäre Verbreitung, oder durch Transport mittels der Lymphgefässe nach der Lunge zurück oder nach benachbarten Lymphdrüsen hin oder durch hineingelangen in die Blutbahn zu weiterer Wirkung gelangen. Die erste der genannten Möglichkeiten tritt dann ein, wenn die äusserst resistente Drüsenkapsel durchbrochen wird. Findet dies nach einer benachbarten Drüse hin statt, so bilden sich dann die so häufigen Lymphdrüsenpackete. Andererseits kann die erweichte Masse direct das Lungengewebe infiltriren und es entwickelt sich um die Drüse, gewöhnlich von Hilus ausgehend, eine centrale käsige Pneumonie. Wurde die Wand eines Bronchus perforirt, so kann die ganze Drüsenmasse in die Trachen gelangen und diese verstopfen, wie Petersen[92]) in einem Fall beobachtet hat, oder aber sie wird — und dies tritt jedenfalls in der grossen Mehrzahl der Fälle ein — nach den verschiedensten Lungenabschnitten hin aspirirt. Ueberhaupt scheint bei

in die Tiefe gehenden weichen Stelle ohne Luft- u. Blutgehalt. Spitzen frei. Krankengeschichte: Vater an Phthise gestorben, Mutter gesund. Patient sonst immer gesund. In Folge eines Falles auf den Kopf allmählich Erblindung und cerebrale Erscheinungen.

82) Nr. 64. 1885. M., Friedrich, 4 J. Sehr stark abgemagert, Haut blass, Thorax lang, Fettpolster und Musculatur atrophisch. Länge 104 cm, Gewicht 11½ kg. Diagnose: Tuberculöse Basilar- u. Convexitätsmeningitis. Allgemeine Miliartuberculose der Pia, Pleuren, Herz, Peritoneum, Leber, Milz und Nieren. Nebenbefunde: Tuberculöse Peribronchitis sämmtlicher Lappen. Pleuren mit miliaren bis erbsengrossen Knötchen besetzt, links in toto verwachsen, auch mit dem Herzbeutel. Bronchialdrüsen vergrössert, im Innern verkäst. An Mitralis 2 stecknadelkopfgrosse grauweissliche Knötchen. In Milz ein kirschkerngrosser Herd mit centraler Erweichung. An Basis nur sulziges Exsudat, keine Tuberkel, wohl aber auf Convexität. Balken vollständig erweicht.

83) Nr. 80. 1885. W., Wilhelm, 7 J., Steinschleiferskind. Mittelstarke, kräftige Leiche. Länge 94 cm, Gewicht 11 kg. Diagnose: Tuberculöse Basilarmeningitis. Nebenbefunde: Tuberculöse Peribronchitis. Drüsen geschwellt, im Innern erweicht. Hydrocephalus internus.

84) Nr. 95. 1886. G., Marie, 2 J. 1 Mon. Länge 83 cm, Gewicht 9,5 kg. Diagnose: Käsige Pyelonephritis. Nebenbefunde: Diphtherie. Katarrhalische Pneumonie. Linsengrosser Käscherd auf Vorderfläche des rechten UL, theilweise verkalkt. Nieren von höckeriger Oberfläche, von käsigen Herden durchsetzt. Atrophie und fettige Degeneration der Nieren. Milztumor. Schwellung der Mesenterialdrüsen.

85) Nr. 116. 1886. G., Ludwig, 4 J. Gut genährte Leiche, kräftige Musculatur. Länge 92 cm, Gewicht 12½ kg. Diagnose: Acute Miliartuberculose der Lungen, Leber, Milz, Nieren. Nebenbefunde: Subacute Miliartuberculose des Peritoneum (Adhäsionen, kleine graue und grosse gelbe Knoten. Mesenterialdrüsen geschwellt.

86) l. c. S. 49.

87) cf. die Scala von Sprengel, l. c. S. 50 u. 51.

88) Nr. 46. 1884. W., Johann, 3¼ J., Taglöhnerskind. Hochgradig anämisch und atrophisch. Schwacher Knochenbau. Länge 84 cm, Gewicht 9,5 kg. Diagnose: Tuberculöse Basilarmeningitis. Nebenbefunde: Caries der Brustwirbelsäule mit Zerstörung von 2 Wirbelkörpern. Kyphose. Rückenmarkhäute frei. Hydrocephalus internus. Phthis comb.: Peribronchitis cas. im OL, Cavernen an Rückseite des linken UL, in denselben weissgelbe spongiöse Knochenfragmente. Miliartuberculose der Milz, Leber, Nieren. Verkäsung der Mesenterialdrüsen. Krankengeschichte: Nie ernst krank gewesen. Seit 2 Jahren zunehmende Kyphose. Vor 2 Monaten Lungenkatarrh. Seit 4 Tagen cerebrale Symptome. Mutter und 9 Geschwister an Phthisis gestorben, Vater gesund.

89) l. c.

90) »Zweifelloser Fall von congenitaler Tuberculose«. Fortschritte d. Med. 7. 1885.

91) 21. Jahresbericht v. J. 1883.

92) »Verstopfung der Trachea durch eine verkäste Bronchialdrüse. Heilung nach Tracheotomie«. Deutsche med. Wochenschrift. 10. 1885. Ref. Jahrbuch f. Kinderhikunde. XXIV. S. 169.

Kindern, welche ja nur wenig expectoriren, gewiss auch weniger verschlucken, die Aspiration eine Hauptrolle bezüglich des Verlaufes der Lungentuberculose zu spielen, da nur sie erklärt, warum auf einmal mehrere Lungenlappen und zwar an ganz entlegenen Stellen gleichzeitig erkranken. Diese Herde können nun wieder in der Contiguität oder durch Lymphbahnen sich verbreiten und so sehen wir in verhältnissmässig kurzer Zeit grössere lobuläre, käsig-pneumonische Herde sich bilden, welche zerstreute kleinere Abschnitte lufthaltigen Lungengewebes zwischen sich einschliessen. Dass die Lunge von Seiten der Wirbelsäule her durch regionäre Verbreitung ergriffen werden kann, zeigen mehrere schon oben angeführte Fälle. Als Beispiel für Contiguitätsausbreitung vom primär afficirten Darm aus sei an den schon erwähnten Fall von Eileiter-Tuberculose erinnert.

Wie gelangt nun der Bacillus resp. die ihn enthaltende Masse in die entfernteren Körpertheile? Nur möglich durch Lymphbahnen oder Blutgefässe. Erstere Wege sind zwar sehr häufig, aber weniger gefährlich. Zunächst können sich die abführenden Lymphgefässe sehr leicht verstopfen. Haben sich aber Collateralbahnen gefunden, wie das ja meist der Fall ist, dann wird die infectiöse Masse nach den nächsten Lymphdrüsen geführt. Grösser ist die Gefahr schon für die Peritoneal-Lymphgefässe und für den Ductus thoracicus selbst, da sich hier keine Drüsen mehr finden, welche als Filter dienen können. Gleichwohl scheint es selten vorzukommen, vielleicht infolge rechtzeitiger Verstopfung der Lymphgefässe, dass sich an eine tuberculöse Peritonitis Allgemeininfection anschliesst.[93]) Wir beobachteten dies ein Mal, in dem Fall 116.

Wichtiger ist und bei Kindern recht häufig, das Hineingelangen des Virus in ein Blutgefäss. Dass dies bei Erwachsenen nicht häufiger geschieht, beruht nach Weigert[94]) in der reactiven Entzündung an der Innenwand des Gefässes, welche dasselbe meist zur Obliteration bringt, bevor das Virus eindringen kann. Bei Kindern kommt es jedenfalls gar nicht so weit, da die zarten Wandungen das Gift leichter passiren lassen. Somit kann dasselbe in den Kreislauf gelangen, ohne dass irgendwelche Veränderung an der Wandung des Gefässes vorhanden zu sein braucht. Es wird nun mit dem Blute den verschiedensten Organen zugetragen und wir haben die allgemeine Miliartuberculose im weitesten Sinne des Wortes vor uns. Wieviel Organe auf einmal und wie oft dieselben befallen werden, hängt jedenfalls von der Menge der inficirenden Masse ab. So können nur einige Organe von vereinzelten Herden besetzt werden, oder sie werden in verschiedenen Nachschüben befallen, so dass wir schliesslich die verschiedensten Processe neben einander sehen, welche, durch dieselbe Ursache bedingt, sich nur durch ihr Alter unterscheiden. Jedenfalls ist hervorzuheben, dass gerade die käsigen Herde vorherrschend auftreten. Bezüglich der Prädilection der einzelnen Organe sei erwähnt, dass unter unseren 86 Fällen von allg. Miliartuberculose die Lungen 56 mal, Milz 54, Pia 50, Leber 31, Nieren 28 und Peritoneum 20 mal afficirt waren; zu den seltener betheiligten Organen gehören Herz und Nebennieren. — Ist die in's Blutgefäss gelangende Masse sehr reichlich, so dass zu gleicher Zeit mehrere Organe mit gleich beschaffenem Infectionsstoff überschwemmt werden, so wird der Gang der tuberculösen Erscheinungen durch die acute Miliartuberculose abgeschlossen, eine Affection, die wir unter 86 Miliartuberculosen 19 mal constatirten. — In der grossen Mehrzahl der Fälle ging dieselbe von tuberculösen Bronchialdrüsen aus, einige Male von Mediastinaldrüsen, 1 mal von Mesenterialdrüsen, 1 mal von Coxitis, 1 mal von Peritonitis, im übrigen schloss sie sich an käsige oder phthisische Lungenaffectionen an.

(Schluss folgt.)

93) Vergl. Weigert, »Die Verbreitungswege des Tuberkelgiftes nach dessen Eintritt in den Organismus«. Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. XXI. 1884. S. 151.

94) l. c. S. 153 u. 154.

Aus dem allgemeinen städtischen Krankenhause München I./I.

32 Fälle von Meningitis tuberculosa basilaris.

Von Dr. *Hermann Rieder*, früherem Assistenzarzt der II. med. Abtheilung.

(Schluss.)

25) Karolina H., 20 Jahre alt, Magd; beobachtet 10 Tage. Patientin hat früher Lungenentzündung durchgemacht, war in der Jugend rachitisch und scrophulös; litt öfters an Husten; seit circa 14 Tagen starkes Kopfweh, häufiges Erbrechen; Schmerzen im Magen, im Kreuz etc. Stuhl obstipirt. Mutter an Lungensucht gestorben.

Status: Anaemie, starker Foetor ex ore; keine Nackensteifigkeit. Verlängertes Exspirium über der rechten Spitze. Rechte Pupille enger als die linke. Sensorium etwas benommen. Patientin streckt die Zunge trotz energischer Aufforderung nur wenig heraus. Puls weich, klein, 64. Milz etwas vergrössert. Hyperästhesie in den Beinen. Patellarreflex erhalten, Temperatur 38,3 – 39,5.

5 Tage später: Patientin ist Nachts sehr unruhig, spricht fortwährend. Beugung des Kopfes nach hinten schmerzhaft, geringe Nackensteifigkeit. Puls beschleunigt, sehr klein (100). Patientin wird soporös; Tags darauf vollständige Apathie; Pupillen mittelweit, gut reagirend; Stechen mit Nadeln ruft blos mehr leichte Abwehrbewegungen hervor; allmählich entwickelt sich tiefes Coma; rechte Pupille wird weiter. Puls 160, klein, unregelmässig. Temperatur 39,2, Athmung 37. RHU entwickelt sich eine mässige Dämpfung, daselbst grobes Rasseln; geringe Verziehung des Gesichtes nach links. Die Benommenheit des Sensoriums besserte sich nochmals; Patientin giebt wieder Antwort, dann tritt wieder Hyperästhesie auf, sowie starke Delirien, Incontinentia urinae et alvi, Meteorismus, Strabismus divergens; linke Pupille erheblich weiter als die rechte; andauerndes tiefes Coma, Pupillen ad maximum erweitert, reagiren nicht. Athmung intermittirend. Puls 120, Temperatur 39,0. Unter vollständiger Bewusstlosigkeit, starker Cyanose, Cheyne-Stokes'schem Athmungsphaenomen exitus letalis.

Section: Tuberculöse Basilar- und Convexitätsmeningitis. Pachymeningitis tuberculosa, ältere peribronchitische, käsige Herde in beiden Lungenspitzen, circumscripte Lungengangrän im rechten Unterlappen. Lobulär pneumonische Herde im rechten Mittellappen; Blutungen in der Schleimhaut des Duodenums und Magens. Tuberculöse Geschwüre im Colon. Stauungshyperämie der inneren Organe.

26) Georg M., 48 Jahre alt, Bräugehilfe; beobachtet 2 Tage. Patient bewusstlos in's Spital gebracht; seine Frau gibt an, dass er seit 12 Tagen an heftigen Kopfschmerzen leide.

Status: Patient bewusstlos; in Rückenlage beträchtliche Unruhe besonders der Hände. Respiration 32, nicht dyspnoisch. Temperatur 38,5. Puls sehr klein und weich, 128, regelmässig. Patient reagirt nur auf starkes Anrufen. Pupillen mittelweit, prompt reagirend; starker Foetor ex ore. Divergenz der Sehaxen; keine peripheren Lähmungserscheinungen, mässiger Grad von Nackensteifigkeit, Milz nicht vergrössert. Tags darauf fortwährend automatische Bewegungen im Delirium; Pupillen eng; Strabismus divergens; Steifigkett des Nackens und der Wirbelsäule; Lungenbefund normal, Vergrösserung der Herzfigur bis an den rechten Sternalrand, Töne rein; Hyperästhesie; Milz etwas vergrössert. Patellarsehnenreflex links schwach, rechts nicht vorhanden; Urin stark eiweisshaltig; Temperatur 37,5 bis 38,5. Puls 148, Respiration 40; in der Folge trat Zwangsstellung der Bulbi nach links und oben ein; grosse Unruhe, Delirien; Pupillen reactionslos, mittelweit. Coma; Exitus letalis.

Section: Meningitis basilaris tuberculosa. Hyperämie des Gehirns, Hydrocephalus externus und internus. Chronische Leptomeningitis. Hypertrophie und Dilatation des Herzens (Alkoholplethora?). Käsige Herde in der rechten Lunge.

27) S. Joseph, 32 Jahre alt, Schuhmacher; beobachtet 10 Tage. Vor 3 Jahren Hämoptoe; vor 2 Jahren Lungenentzündung; ausserdem ist Patient längere Zeit lungenleidend; seit 8 Tagen besteht heftiges Erbrechen; keine hereditäre Belastung.

Status: Puls klein, gespannt, 72. Temperatur 36,8 bis 39,3. Beide Spitzen gedämpft; besonders im Bereich der Dämpfung Bronchialathmen. LHU ausserdem Rasselgeräusche; häufiges Erbrechen galliggefärbter schleimiger Massen; Sputum geballt, eiterig. In den nächsten Tagen Trübung des Sensoriums, heftige Kopfschmerzen. Temperatur 37,5—38,6. Puls 88 regelmässig. Empfindlichkeit der Hals- und Brustwirbelsäule gegen Druck; mässige Steifigkeit; Hyperästhesie der Haut. Delirien, häufiges Stöhnen; Augenaxen leicht divergent. Patellarsehnenreflex fehlt. Patient reagirt kaum auf Anrufen, macht aber Abwehrbewegungen beim Aufrichten; keine Symptome von Seiten der Gehirnnerven. Temperatur mässig erhöht. Puls 108, Respiration 26. Pupillen starr, starke Hyperästhesie. RVO und LVO grobes Rasseln. Milz deutlich vergrössert. Urin schwach eiweishaaltig; im Sputum sehr reichlich Tuberkelbacillen. Untersuchung der Retina auf Tuberculose negativ. Vollständige Bewusstlosigkeit; Abnahme der Hyperästhesie. Puls sehr klein, 149. Respiration 36. Exitus letalis.

Section: Acute tuberculöse Basilarmeningitis bei Spitzencirrhose der Lungen; geringer Milztumor, Stauungsleber und Stauungsniere, Geschwüre im Anfangstheile des Dickdarms. Hydrocephalus internus acut.; Erweichung der Ventrikelwandung.

28) Krescenz H., 17 Jahre alt, Maurerstochter; beobachtet 11 Tage. Patientin bekam vor 8 Tagen heftiges Kopfweh; Schwindel, Nackensteifigkeit sollen nicht bestanden haben; dagegen trat abwechselnd Frost und Hitze auf, sowie mehrmaliges Erbrechen mit Schmerz in der Magengegend; Stuhl obstipirt; in früheren Jahren Drüsenaffectionen (linksseitige Axillardrüsen sollen vereitert sein).

Status: Leichte linksseitige Ptosis. Rechte Pupille weiter als die linke. Puls sehr klein und weich; geringe Nackenstarre; Bewegung des Kopfes schmerzhaft. Rechte Spitze leicht gedämpft; verlängertes Exspirium; mässiger Milztumor. Temperatur 38,3. Später bedeutende Besserung der Kopfschmerzen, doch bleibt grosse Unruhe, Jactation, Stöhnen, Erbrechen; zeitweise Sopor. Puls sehr wechselnd, klein und weich; keine Hyperästhesie; andauernde geringe Temperatursteigerung; zeitweise Klarheit des Sensoriums; Pupillen wieder gleich weit, gut reagirend; bald jedoch tritt wieder Verschlechterung ein: Kopfschmerz, Stöhnen, Aufschreien, Contractur der Nackenmuskeln.

Soporöser Zustand, bei leiser Berührung des Nackens lautes Aufschreien; linke Pupille weiter als die rechte, schlecht reagirend; allgemeine cutane Hyperästhesie; beim Blick nach links bleibt der linke Bulbus in der Mitte stehen. Rotation des linken Bulbus nach innen, oben und unten erheblich eingeschränkt; linke Pupille reactionslos. Linkes Facialisgebiet weniger in Falten gelegt als das rechte; Cornealreflex namentlich links herabgesetzt. Temperatur 36,6—38,6; Puls sehr frequent, intermittirend. Respiration beschleunigt, 40. Linke Gesichtshälfte verzogen, Zunge nach links abweichend; linke Wange anästhetisch. Es folgt Parese der Extremitäten, vollkommene Bewusstlosigkeit, unfühlbarer Puls, wechselnde Athemfrequenz. Exitus letalis.

Section: Meningitis basilaris tuberculosa; hochgradiger Hydrocephalus internus. Erweichung der Ventrikelwandung und besonders des Balkens; Hirnödem. Hyperämie der Pia, frische herdförmige Verkäsung und cavernöse Einschmelzung der rechten Lungenspitze; einzelne subacute Tuberkel in beiden Oberlappen; acute Miliartuberculose der Milz. Atrophie des Herzens, cyanotische Hyperämie der Niere und Leber, alte Adhäsivpleuritis, alte Adhäsivperisplenitis.

29) Mathias F., 63 Jahre alt, pens. Sergeant; beobachtet 1 Tag. Patient wurde bewusstlos in's Spital gebracht und starb nach 24 Stunden.

Status: Hohes Fieber: 39,2, Puls frequent, starke Atheromatose; starke Cyanose der Lippen, Nase und Extremitäten; linke Pupille erweitert, reagirt ziemlich träge. Bedeutende Hyperästhesie am ganzen Körper. Bedeutender Tremor der oberen Extremitäten, welche sich in fortwährender Action befinden. Decubitus in der Kreuzbeingegend. RO gedämpft tympanitischer Percussionsschall. Abdomen sehr druckempfindlich. Incontinentia urinae. Sensorium stark benommen. Unter zunehmender Puls- und Athemfrequenz erfolgte der Exitus letalis.

Section fehlt.

30) Anton Sch., Schneider. Moribundus receptus.

Section: Meningitis tuberculosa basilaris. Hämorrhagien im rechten Vorderlappen des Grosshirns; Phthisis pulmonum; Tuberculose der linken Niere und des linken Urethers.

31) Ignaz R., 49 Jahre alt; nur ganz kurz beobachtet.

Section: Tuberculosis chronica pulmonum, Myodegeneratio cordis. Gehirnödem; leichte Basilarmeningitis.

32) Franz H., 30 Jahre alt, Metzgergehilfe; beobachtet 7 Tage. Seit 4 Wochen Husten, Schwerathmigkeit, Nachtschweisse, zunehmende Abmagerung. Sonstige Angaben wegen des getrübten Sensoriums unzuverlässig.

Status: Bewusstlosigkeit, Delirien. Abdomen sehr druckempfindlich, eingezogen. Hyperästhesie der Haut. Verdichtung der rechten Lungenspitze. Diffuse Dämpfung RHU; Pectoralfremitus und Athmungsgeräusch aufgehoben. Rumpf beim Aufsitzen steif, beim Beugen des Kopfes wird ziemlicher Widerstand geleistet. Pupillen weit, fast gar nicht reagirend; Sehaxen parallel. Geringe rechtsseitige Ptosis; Zwangsstellung der Bulbi nach links. Puls etwas intermittirend; Temp. 38,1. Im Coma erfolgt der Exitus letalis.

Section: Cavernen in der rechten Lungenspitze mit umgebender Cirrhose; lobuläre Hepatisation der rechten Lunge, abgesacktes pleuritisches Exsudat rechts; acute Miliartuberculose der rechten Pleura und Verkäsung der rechtsseitigen Bronchialdrüsen; acute Miliartuberculose der Hirnhäute; Encephalitische Erweichungsherde; Blutung in den linken Seitenventrikel vom linken Adergeflecht aus. Encephalitis des Kleinhirns. Tuberculöses Darmgeschwür.

Schluss.

Aus den vorstehenden Beobachtungen lassen sich etwa nachstehende Schlussfolgerungen ziehen.

Es wurden beobachtet 32 Fälle; 23 männliche, 9 weibliche.

Wenn man zunächst auf das Alter der Patienten Rücksicht nimmt, so treffen auf die Altersperiode

von 10—20	Jahren:	5,	also	15,625 Proc.	(7,95 Proc.)
» 21—30	»	10,	»	31,25 »	(22,95 »)
» 31—40	»	7,	»	21,81 »	(18,78 »)
» 41—50	»	6,	»	18,75 »	(15,42 »)
» 51—60	»	1,	»	3,125 »	(14,73 »)
» 61—70	»	2,	»	6,25 »	(9,27 »)

In einem Falle blieb das Alter unbekannt.

Die in Klammern beigesetzten Zahlen bedeuten die Procente für jene Altersperioden von 3749 in den Jahren 1878—1884 zur Section gelangten Todten des hiesigen Krankenhauses.

Von diesen 3749 Todten waren 1139 an Tuberculose überhaupt gestorben, also 30,37 Proc.

An tuberculöser Basilarmeningitis starben in den Jahren 1880—1889 auf der II. medicinischen Abtheilung 32 Patienten bei einer Gesammtsterblichkeit von 1863, also 1,7 Proc.

Wenn man berücksichtigt, dass auf der II. medicinischen Abtheilung in den betreffenden 9 Jahren im Ganzen 21,071 Personen und zwar 9830 männlichen, und 11,236 weiblichen Geschlechtes behandelt wurden, so erhält man eine Durchschnittsziffer von 1 Basilarmeningitis auf 658,5 Kranke und 58,2 Todte, immerhin eine sehr kleine Zahl im Verhältniss zu der enormen Sterblichkeit der Kinder an Basilarmeningitis.

Was die Aetiologie anlangt, so wurde nur in wenigen Fällen von den Patienten eine directe Krankheitsursache (Erkältung, Muskelanstrengung, psychische Erregung etc.) angegeben; meist trat die Krankheit ohne nachweisbare Veranlassung auf; dagegen wurde von früheren Erkrankungen je einmal Scrophulose und Drüsenaffectionen, in vielen Fällen ein längere Zeit bestehendes Lungenleiden angegeben. Zu berücksichtigen ist übrigens, wie schon erwähnt, dass bei dem häufig benommenem Zustande der Kranken bei der Aufnahme die Anamnese mitunter nicht genau zu erheben war.

Der Beginn war fast immer ein allmähliger, mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Obstipation, psychischen Symptomen, Schlaflosigkeit, heftigem Erbrechen; nur in 2 Fällen wurde

Schüttelfrost angegeben, im Falle 12 traten im Beginn rechtsseitige Lähmungserscheinungen und Parästhesien, sowie epileptiforme Anfälle auf; im Falle 18 eine Facialislähmung.

Die schwere Störung des allgemeinen Zustandes dauerte meist 1—2 Wochen, nur in 3 Fällen war der Verlauf ein äusserst acuter (einige Tage); in 8 Fällen ein abnorm langsamer (3 und mehrere Wochen). Ein Fall von Heilung oder längerdauernder Besserung kam nicht zur Beobachtung,

Im Verlaufe der Krankheit selbst wurden beobachtet:

Von Störungen in der motorischen Sphäre: a) Reizerscheinungen: Nackensteifigkeit 20 mal, Starre der Rückenmuskeln 5 mal, einseitige Contractur der Halsmuskeln 6 mal, Contractur der Bauchmuskeln (kahntörmige Einziehung des Abdomens) 5 mal, Contracturen der oberen Extremitäten 2 mal. Allgemeine Convulsionen 5 mal; ausgesprochener Masseterenkrampf 2 mal, Singultus 6 mal. b) Lähmungserscheinungen: Facialislähmung 9 mal und zwar totale links 1 mal, rechts 3 mal; partielle d. h. Lähmung der Nasen- und Mundäste links 3 mal, rechts 2 mal. Hypoglossuslähmung 4 mal; totale rechtsseitige Hemiplegie 1 mal, Paraplegie der unteren Extremitäten 3 mal; Ischurie 14 mal und zwar Retentio urinae 3 mal, Incontinentia urinae (et alvi) 11 mal.

Auch von Seite der Gehirnnerven waren häufig Störungen zu beobachten und zwar- Zwangstellung der Bulbi 6 mal; Ptosis rechts 5 mal, links 3 mal. Pupillendifferenz 16 mal (hiebei muss bemerkt werden, dass die Differenz häufig abwechselte, die Pupillen bald verengt, bald erweitert befunden wurden). Pupillenstarre 6 mal; Strabismus divergens 8 mal, Strabismus convergens 1 mal; Nystagmus 4 mal; Exophthalmus 2 mal.

Von Störungen in der sensiblen Sphäre: Parästhesien und Trigeminusanästhesie je 1 mal; deutliche allgemeine Hyperästhes 19 mal, letztere verschwand fast stets im tiefen Coma, um bei zeitweiser Besserung des Sensoriums wiederzukehren.

Die Körpertemperatur schwankte meist zwischen 38 und 39°. Temperaturen über 40° wurden nur in Fall 5, der mit Pneumonie complicirt war, beobachtet, afebrile Temperatur nur in Fall 12.

Der Puls wurde anfangs normal oder verlangsamt, späterhin fast stets frequent und klein befunden; der intermittirende Charakter desselben wurde bereits in den einzelnen Krankheitsberichten genügend hervorgehoben.

Die Athmung war fast stets beschleunigt, fast nie dyspnoisch und zeigte in 8 Fällen in ausgesprochener Weise das Cheyne-Stokes'sche Phänomen.

Milztumor wurde 13 mal während des Lebens diagnosticirt und durch die Section bestätigt.

Das Erbrechen war im Verlaufe der Erkrankung selten, so häufig es auch im Anfange beobachtet wurde; die meist schon anamnestisch nachgewiesene Obstipation dauerte, wo nicht Incontinentia alvi vorhanden war, meistens an; — der rapide Verfall und die rasche Abmagerung endlich konnte bei allen jenen Kranken, die längere Zeit beobachtet wurden, constatirt werden.

Die Section ergab als nebensächliche Gehirnbefunde: starken Hydrocephalus externus 16 mal; Hydrocephalus. internus. 4 mal; starkes Gehirnödem 9 mal; chronische Pachymeningitis 3 mal; chronische Leptomeningitis 1 mal.

Von abnormen Gehirnbefunden sind zu erwähnen: Im Falle 12: bohnengrosser käsiger Herd im linken Scheitellappen, je 1 welschnussgrosser tuberculös entarteter Bezirk mit käsigen Knötchen im linken und rechten Scheitellappen; im Falle 11: käsiger Solitärtuberkel im Kleinhirn und bei fehlender Knötcheneruption; im Falle 20: Solitärtuberbel in beiden Hemisphären; im Falle 30: Hämorrhagien im rechten Vorderlappen; im Falle 32: ausgedehnte encephalitische Erweichungsherde, Blutung in den linken Seitenventrikel.

Was die Erkrankungen der übrigen Körperorgane anlangt, so finden sich: Allgemeine Miliartuberculose in 14 Fällen und zwar, da nicht alle Organe stets gleichmässig befallen waren:

Miliartuberculose	der Lungen	7 mal
»	der Pleura	1 »
»	der Milz	9 »
»	der Leber	10 »
»	der Niere	7 »
»	des Peritoneums	4 »

Ausgedehnte chronische Tuberculose der Lunge (Cavernen) 12 mal; vereinzelte käsige Herde in der Lunge 10 mal; frische käsige Tuberkel der Lunge 2 mal. Lungencirrhose 7 mal; circumscripte Lungengangrän 1 mal. Lobulärpneumonie 2 mal; hypostatische Pneumonie 2 mal; frische tuberculöse Pleuritis 4 mal; alte Adhäsivpleuritis 12 mal.

Herz: Myodegeneratio cordis 3 mal. Pericarditis chronica 1 mal; Hypertrophie und Dilatation des Herzens 1 mal; Hypoplasie des Herzens und der Aorta 1 mal. — Verkäste Drüsen 5 mal; — Darmgeschwüre 10 mal; — chronische Tuberculose der linken Niere und des linken Ureters 1 mal; — Verkäsung der rechten Nebenniere 1 mal; Perioophoritis 1 mal; alte Adhäsivperitonitis 3 mal.

Was den primären Ausgangspunkt für die Erkrankung betrifft, so musste nach den Ergebnissen der Section dafür angesehen werden: Ausgedehnte chronische Tuberculose der Lunge in 10 Fällen; vereinzelnte (ältere oder frischere) käsige Herde in den Lungen 12 mal, darunter 1 mal complicirt mit Lobulärpneumonie und Lungengangrän (Fall 25); käsige Pneumonie 1 mal; Verkäsung von Drüsen 1 mal.

Im Falle 11 schloss sich die acute tuberculöse Basilarmeningitis an einen Solitärtuberkel im Kleinhirn an; im Falle 27 fand sich Spitzencirrhose, aber kein käsiger oder sonst tuberculöser Herd; im Falle 6, 7, 15 und 22 endlich gab auch die Section über den Ausgangspunct der Erkrankung keinen Aufschluss. Im Falle 29 fehlt der Sectionsbericht, doch wurde eine deutliche Dämpfung der rechten Spitze nachgewiesen.

Wenn man die übrigen Zahlenverhältnisse berücksichtigt, so gelangt man zu dem Ergebniss, dass in weitaus den meisten Fällen sich die acute tuberculöse Basilarmeningitis an chronische, schon klinisch nachgewiesene Erkrankungen der Lunge anschloss, nämlich in 24 Fällen; in 8 Fällen (6. 7, 9, 11, 15, 16, 22, 26) trat die Erkrankung scheinbar primär auf; d. h. es konnte klinisch ein Ausgangspunct nicht gefunden werden; in den Fällen 9, 11, 16 und 26 gab jedoch die Section noch Aufschluss über den Sitz des primären Herdes.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Geminderte Zurechnungsfähigkeit.

Zusammenfassendes Referat von Dr. A. Cramer in Eberswalde.

(Schluss.)

Die Antwort Schäfer's (4) hierauf blieb nicht aus. Er hebt zunächst hervor, dass es ihm nicht darauf ankomme, dass der Wille coordinirt mit Fühlen und Denken bestünde, nur das Eine will er anerkannt wissen, dass der Wille eine psychische Function sei. Auch ihm sei es einerlei, was jeder über die Frage, ob der Wille des Menschen absolut frei sei, für eine philosophische Meinung habe; für ihn handle es sich blos darum, dass der gesunde Mensch im Allgemeinen das Vermögen habe, mit normaler Ueberlegung das Eine zu thun und das Andere zu lassen. Für den Sachverständigen könne die Frage, ob ein Angeklagter mit Willensfreiheit handle, nur bedeuten, ob bei ihm die Willensbestimmung durch krankhafte Momente alterirt gewesen sei oder nicht. Dies gehe aus folgendem Passus der Motive deutlich hervor: »Es darf namentlich nicht befürchtet werden, dass dadurch die verschiedenen metaphysischen Auffassungen über die Freiheit des Willens im philosophischen Sinne in die Criminalverhandlungen gezogen werden, denn es ist damit klar ausgesprochen, dass im einzelnen Falle nur ausgesprochen werden soll, ob derjenige Zustand geistiger Gesundheit vorhanden sei, den die Rechtsanschauung des Volkes die strafrechtliche Verantwortung thatsächlich zuschreibt.» [13])

Im Folgenden giebt Schäfer einen kurzen geschichtlichen Ueberblick zum Beweis, dass auch früher schon viele und angesehene Autoren sich in seinem Sinne ausgesprochen hätten und führt denn weiter aus, dass die eigentliche Hauptaufgabe

[13]) Hieran schliesst sich noch folgender Satz an: »während diese letztere Thatsache selbst durch das Gesetz festgestellt und jeder weiteren Erörterung im einzelnen Falle entzogen ist«. Stenogr. Ber. l. c. Anlagen. p. 56.

des Psychiaters in foro darin bestehe, den Krankheitszustand auf eine feststehende wissenschaftliche Form zurückzuführen. Ausgemachte, vollgültige Psychosen schlössen allerdings den normalen Gebrauch des Willens aus, darüber im Gutachten im Einzelnen sich zu verbreiten, sei eben so überflüssig als bedenklich.

Es sei dies ein psychiatrischer Grundsatz, eine Errungenschaft der ärztlichen Wissenschaft, die man unter keinen Umständen an die Jurisprudenz abgeben dürfe, und deshalb sei es auch in solchen Fällen nöthig, dass man, wenn auch nur in aller Kürze angebe, dass die freie Willensbestimmung auszuschliessen sei. Was aber bei den deutlich ausgesprochenen Irrseinsformen nöthig sei, das sei um so weniger zu vermeiden bei allen Uebergangszuständen.

Jessen habe mit seiner These nur den Vollgeisteskranken gemeint, wie das aus einer Vorlage für die 5. Versammlung deutscher Psychiater hervorgehe. Ausserdem führt Schäfer noch folgenden Passus Jessen's an[14]): »Die Voraussetzung, dass irgend eine Classe von Geisteszuständen eo ipso Unzurechnungsfähigkeit bedinge, wird dadurch ausgeschlossen.« Auch Skrezka's Ausführungen, dessen Anschauungen Mendel für sich ins Feld geführt habe, schauten sich anders an, wenn man folgende Stelle in's Auge fasse: »Der juristischerseits zu erhebende Einwand, dass der Begriff der Geisteskrankheit nicht scharf definirt sei, ist practisch nicht so wichtig, namentlich da eine verminderte Zurechnungefähigkeit für zweifelhafte sogenannte Grenzzustände in Aussicht steht«.[15])

Auch Westphal und viele andere seien von der in der Natur begründeten Unmöglichkeit überzeugt, das Wesen der Geisteskrankheit scharf zu umgrenzen. Ebenso scheide der von Mendel citirte (eingangs des Referates wiedergegebene) Satz aus den Motiven nicht streng, wie Mendel meine, das Gebiet des Richters und des Arztes. Das sei ja gewiss richtig, dass den Aussprüchen der Sachverständigen in foro keine unbedingte und entscheidende Giltigkeit beigemessen werde. Auch er sei der Meinung, dass dem Richter die Bildung einer eigenen Ueberzeugung und das entscheidende Wort gelassen werden müsse. Sicher solle aber nicht gesagt sein, dass der Richter bei dieser Aufgabe nicht auch die Meinung des Sachverständigen zu Hülfe nehmen solle. Die gewählte Fassung des § 51 sei überhaupt nur ein Compromiss, denn ohne den Zusatz, »durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlosen war«, wäre die Entscheidung allein in die Hände der ärztlichen Sachverständigen gefallen. Es müsse also der Sachverständige mit dem Richter zur Gewinnung eines Urtheils zusammenwirken, jener motivire sein »Urtheil« durch fachwissenschaftliche Gründe, dieser habe die rechtliche Entscheidung. Weil nun ferner nicht ausgemacht sei, dass eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit zugleich eine wahre Seelenstörung im engeren Sinne sei, so müsse auch in jedem Falle festgestellt werden, wie es sich mit der freien Willensbestimmung verhalte. So sage v. Holtzendorff: »Nach dem Geist- und Wortlaut sämmtlicher europäischer Gesetzgebungen sind die Geisteskrankheiten die Zurechnungsfähigkeit aufhebende Momente. Nur über die Ausdehnung des Begriffes Zurechnungsfähigkeit bestehen Differenzen. Es gibt hier eine Menge unfertiger Krankheits- und Uebergangszustände, in welcher die gesetzlichen Bedingungen der Zurechnungsfähigkeit nur beeinträchtigt sind.«

Ohne jede Polemik unter Beibringung verschiedener neuer Gesichtspunkte tritt Jolly (5) auf der Versammlung deutscher Irrenärzte in Frankfurt im Jahre 1887 für die geminderte Zurechnungsfähigkeit ein. Gleich im Eingang erklärte er in Uebereinstimmung mit Schäfer sich dafür, dass der ärztliche Sachverständige das Recht und die Pflicht habe, nicht nur über das Vorhandensein und Fehlen von Geisteskrankheit, sondern auch über die freie Willensbestimmung sich auszusprechen. Nicht als ob der Richter den Arzt zwingen könnte, das Wort »freie Willensbestimmung« zu gebrauchen; jedem Versuch zu solchem Zwange müsse entschieden entgegengetreten werden. Ein ganz anderer Zwang liege aber in der Sache selbst, in der Thatsache, dass der Arzt als Berather des Richters zu wirken habe und moralisch verpflichtet sei, diesem mit allen Mitteln zur Bildung des Urtheils behülflich zu sein. Würde krankhafte Störung der Geistesthätigkeit an und für sich schon die Strafbarkeit einer in diesem Zustande begangenen Handlung aufheben, so würde schliesslich jeder beliebige Grad von geistiger Abnormität genügen, um eine verdiente Strafe abzuhalten. Durch das ärztliche Gutachten müsse dem Richter ersichtlich gemacht werden, dass eine gewisse Erheblichkeit, ein gewisser Grad von Krankheit vorhanden sei. Eine einfache directe Formulirung des Momentes, worauf es ankomme (eines erheblichen Krankheitsgrades), sei bisher noch nirgends versucht worden. Jeder Richter wisse aber, dass der Fall des § 51 klar gegeben sei, wenn die Handlungen eines Menschen unter der Herrschaft krankhafter psychischer Vorgänge von solcher Intensität zu Stande kommen, dass die normaler Weise das Handeln bestimmenden psychischen Vorgänge dagegen nicht in Betracht kommen. In diesem Sinne werde die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung an den Arzt gerichtet und in diesem Sinne könne man sie ohne Bedenken beantworten. Dass auch in den Gutachten deutschen Irrenärzte, welche der Erörterung der freien Willensbestimmung principiell widerstreben, sich häufig Ausdrücke finden, die einem thatsächlichen Ausspruch über dieselbe gleichkommen, habe schon Schäfer mit Recht hervorgehoben. Die sogenannten Uebergangszustände, für welche eine geminderte Zurechnungsfähigkeit in Betracht kommen könnte, liessen sich verhältnissmässig leicht abgrenzen. Eine gewisse Willkür in der Beurtheilung der an der Grenze stehenden Fälle müsse ja zugegeben werden, dieser Nachtheil werde aber entschieden grösser, wenn man nur die eine Benennung zwischen Krankheit und Gesundheit gelten lassen wolle.

Gegenüber dem Einwand, dass Bestimmungen über geminderte Zurechnungsfähigkeit nicht nur für die eigentlichen Grenzfälle, sondern aus Bequemlichkeit auch in allen Fällen zweifelhafter Diagnose benutzt werden könnten, sei hervorzuheben, dass hierfür die Erfahrungen in den Staaten, in welchen früher eine geminderte Zurechnungsfähigkeit in Anwendung gestanden habe, nicht sprächen; auch sei es ihm vorgekommen, dass ihm die Frage vorgelegt worden sei, wie er sein Gutachten abgeben würde, wenn Bestimmungen über geminderte Zurechnungsfähigkeit vorhanden wären. In solchem Falle habe er unbedenklich sich auf die Beantwortung dieser in hypothetischer Form gestellten Frage eingelassen.

Die mildernden Umstände ferner könnten nicht als ein Aequivalent für die geminderte Zurechnungsfähigkeit angesehen werden, denn im Strafgesetzbuch sei eine Reihe von strafbaren Handlungen vorhanden, bei welchen die Annahme von mildernden Umständen nicht zulässig sei. (Und zwar von 239 bei 177 nicht.) Auch scheine es so, als ob die mildernden Umstände überhaupt nicht die Bedeutung haben sollten, eine bestimmte Geistesbeschaffenheit des Thäters allgemein als Strafmilderungsgrund zur Geltung zu bringen.

Denn in dem »Gesetz über die Presse« (7. V. 1874), in dem »Gesetz gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Socialdemokratie« (21. X. 78) und in dem »Gesetz gegen den verbrecherischen und gemeingefährlichen Gebrauch von Sprengstoffen« (9. VI. 84) seien Bestimmungen über mildernde Umstände überhaupt nicht enthalten. Man könne doch dem Gesetzgeber die Meinung nicht unterstellen, dass Zeitungsredacteure, Socialdemokraten und Anarchisten niemals an solchen Graden geistiger Beschränktheit oder nervöser Erregbarkeit leiden könnten, vermöge deren ihre verbrecherischen Handlungen in milderem Lichte erscheinen.

In der an J's. Vortrag sich anschliessenden Discussion wurde eine vollständige Uebereinstimmung nicht erzielt und beschlossen, die weitere Behandlung der Sache einer Commission zu übertragen.

[14]) Jessen, l. c. p. 8.

[15]) Dieser Satz schliesst übrigens: »es ist nur zu fürchten, dass die Zahl solcher zweifelhafter Fälle bei den nicht sachverständigen Aerzten zu gross wird«. (Arch. f. Psych. II. p. 230.) Direct vorher steht die von Mendel citirte Stelle: »übrigens ist auch jeder Geisteskranke des freien Willens beraubt, auch wenn seine That scheinbar nicht unter dem Einfluss der Krankheit entstanden ist«.

Auf der Versammlung deutscher Irrenärzte in Bonn gab der erste Berichterstatter, Mendel (6) sein Votum dahin ab: Es sei kein Zweifel, dass scharfe Grenzen zwischen geistiger Gesundheit und Geisteskrankheit nicht beständen, und dass Menschen, welche in dieses Grenzgebiet gehörten, bei einem Conflict mit dem Strafgesetzbuch entschieden auch milder beurtheilt werden müssten. Dies könne aber in den meisten Fällen unter Annahme mildernder Umstände geschehen. Auch unter den 177 Vergehen und Verbrechen, bei welchen mildernde Umstände nicht zulässig seirn, habe es der der Richter bei 104 in der Hand, da ein Strafminimum überhaupt nicht angegeben, mit 1 Tag Haft oder 3 Mark zu bestrafen. Bei weiteren 29 Delicten, welche auch hierher zu rechnen seien, schwanke das Strafminimum von 1 Woche bis 3 Monaten Gefängniss resp. Festungshaft, so dass schliesslich, da auch für die Meineidsparagraphen der Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit in den Fahrlässigkeitsparagraphen gesucht werden könne, nur noch eine verhältnissmässig kleine Zahl von Verbrechen, bei welchen der Tod oder wenigstens sehr schwere Körperverletzung herbeigeführt worden ist, übrig bliebe, ohne dass mildernde Umstände zulässig seien.

Auch sei der gegenwärtige Zeitpunkt durchaus nicht geeignet, um mit einer derartigen Petition vor den Reichstag zu treten, denn in immer weiteren Kreisen greife die Anschauung Platz, dass unser Strafgesetzbuch zu milde sei, und in den Motiven seien die vielfachen Bedenken, welche noch heute getheilt würden und getheilt werden müssten, genugsam erörtert. Auch sei zu einem derartigen Vorgehen noch gar nicht genügend Material vorhanden, man könne einen solchen Antrag bei den gesetzgebenden Behörden mit concreten Fällen nicht unterstützen. Es sei deshalb vor allen Dingen nöthig, dass zu diesem Zwecke weitere Thatsachen gesammelt würden.

Der Correferent, Grashey, spricht sich unter Bezug auf den Vortrag Jolly's dahin aus, dass gewiss nicht jeder beliebige Grad von geistiger Abnormität genügen könne, um eine Strafe abzuhalten, dass vielmehr eine gewisse Erheblichkeit krankhafter Störung festgestellt werden müsse. Dagegen sei es unrichtig, dass im deutschen Strafgesetzbuch der Grad der krankhaften Störung nicht einfach und direct formulirt sei, gerade dadurch, dass eine bestimmte Wirkung auf die freie Willensbestimmung verlangt werde, nämlich der Ausschluss der letzteren, sei der Grad der krankhaften Störung genau bestimmt. Es sei deshalb nachzuweisen, dass die Willensäusserungen, aus welchen sich eine Handlung zusammensetze, durch krankhafte psychische Vorgänge bedingt sei. Wenn der Nachweis gelungen sei, dass eine bestimmte Handlung durch eine krankhafte Störung der Geisteshätigkeit herbeigeführt sei, so sei auch eo ipso sowohl für den Arzt als auch für den Richter die Annahme der freien Willensbestimmung ausgeschlossen.

Auch verlange der § 51 nicht ausdrücklich, dass im Allgemeinen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen sei, er begnüge sich vielmehr mit dem Nachweis einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit, durch welche im Besondern d. h. in Bezug auf eine gewisse Handlung die freie Willensbestimmung ausgeschlossen gewesen sei. Es genüge deshalb in gewissen Fällen der Nachweis, dass sich der Kranke zur Zeit der That in einem Zustand von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, um den § 51 in Wirksamkeit treten zu lassen; ebenso könne auch entgegengesetzt ein Mensch, der nachgewiesenermaassen z. B. an Zwangsimpulsen und -Vorstellungen leide, nicht unter § 51 fallen, wenn nachzuweisen sei, dass die That nicht unter dem Einfluss eines solchen krankhaften Vorgangs zu Stande gekommen sei. Gegen den Einwand, dass im concreten Fall eine solche Entscheidung unter Umständen schwierig zu treffen sei, sei hervorzuheben, dass eine derartige Schwierigkeit mit der Erfahrung des Einzelnen und dem Fortschreiten der Wissenschaft immer kleiner würde, und dass eine solche Schwierigkeit, auch wenn sie die Gefahr eines Fehlgriffes in sich schliesse, doch immer noch acceptabler sei, als das Auskunftsmittel der geminderten Zurechnungsfähigkeit, welche bei jeder Anwendung einen Fehler in sich schliesse, indem entweder ein Zurechnungsfähiger zu leicht, oder ein Unzurechnungsfähiger zu schwer bestraft werde. Auch müsse man daran denken, dass unter Umständen bei Anwendung der geminderten Zurechnungsfähigkeit ein Verurtheilter nach Abbüssung seiner Strafe in's Irrenhaus übergeführt werden müsse, weil er sich in der Aussenwelt doch nicht würde halten können, dass derselbe also mit Haft und Irrenhaus bestraft sei.

Zum Schluss gibt Grashey sein Votum dahin ab, «dass ein Antrag bezüglich einer Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit bei den gesetzgebenden Behörden nicht einzubringen sei. In den nach diesen Referaten geführten Verhandlungen wurde Einstimmigkeit zwar nicht erzielt, aber dem von Schüle unterstützten Antrag Mendel's, erst nach Sammlung zahlreicher concreter Fälle der Sache wieder näher zu treten, stattgegeben und auf Vorschlag von Schäfer, v. Krafft-Ebing, der sich dazu bereit erklärte, mit der Sammlung des Materials betraut.

Wenn wir noch einen kurzen Rückblick auf den betrachteten Gegenstand werfen wollen, so werden wir uns der Ueberzeugung nicht verschliessen können, dass es vom theoretischen Standpunkt aus Grade in der Zurechnungsfähigkeit giebt, befindet sich doch jeder Mensch fast in jedem Augenblick in einem anderen Zustande seines psychischen Gleichgewichts, ferner, dass in der Praxis die sogenannten Uebergangszustände oft erhebliche Schwierigkeiten machen und dass es Fälle giebt, bei deren Beurtheilung sich eine Lücke im Strafgesetzbuch bemerkbar macht; dass aber gegenwärtig, namentlich bei dem Mangel geeigneter concreter Fälle, nicht der geeignete Zeitpunkt ist, um mit einem auf Ausmerzung dieser Lücke gerichteten Antrag vor die gesetzgebenden Behörden zu treten, — einerlei ob Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit oder Ausdehnung der gemilderten Umstände beabsichtigt wird —; und dass also bis auf weiteres der Arzt, welcher sich an das Gesetz hält, bei Beantwortung der Frage nach dem Geisteszustand eines Angeklagten sich auf den Nachweis des Vorhandenseins oder Nichtvorhandenseins einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit zu beschränken hat.»

Vereinswesen.

62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg

vom 18.—23. September 1889.

Aus der Section für Gynäkologie.

(Fortsetzung.)

Flothmann-Ems: Zur Diagnose und Therapie von Blutungen, die den Uterus passiren und ihren Sitz in einer Haematocele retrouterina haben.

Flothmann will in einem Falle von Haematocele in Folge von Ruptur einer Tuberschwangerschaft nach Incision mittelst Finger und Sonde eine directe Communication der Haematocele mit der Uterushöhle nachgewiesen haben. Bei Druck auf die Haematocele hatte sich stets Blut aus dem Uterus entleert.

In der Discussion wird die Erklärung Flothmann's allgemein bezweifelt und auf das Bestehen einer interstitiellen Endometritis oder auf die Möglichkeit einer Blutung aus dem gesunden Endometrium, endlich auf das Verschlossensein des uterinen Tubenendes bei Tubarschwangerschaft hingewiesen.

Bumm-Würzburg: Ueber die Aetiologie der septischen Peritonitis.

Dieser Vortrag ist in Nr. 42 dieser Wochenschrift veröffentlicht.

In der Discussion betont besonders Hegar, dass auch nach Operationen sehr acute Peritonitiden auftreten können, ohne dass Streptococcen nachzuweisen sind; die von Bumm aufgestellte Classification, die auch von Kehrer festgehalten wird, sei daher nicht völlig erschöpfend.

Auch Battlehner läugnet, dass alle Perforations-Peritonitiden putride sind.

Kaltenbach stellt eine Frau vor, an welcher er nach neuer Methode die **Ventrofixatro uteri** ausgeführt hatte. Er spaltete die Bauchdecken bis auf das Wand-Peritoneum und fixirte ohne Durchschneidung des letzteren den durch einen Assistenten nach vorne gedrängten Uterus mit einigen Drahtnähten an das Periost der Symphyse. Dauererfolg und Beseitigung der Beschwerden. Kaltenbach schränkt die Indicationen ein, weil der Dauererfolg meist unsicher ist und die Beschwerden von den begleitenden Umständen (Hängebauch, Erschlaffung des Bauchfells etc.) beherrscht sein können.

Kehrer-Heidelberg: **Ueber Osteomalacie.**

Kehrer fasst die Osteomalacie als eine chronisch endemische Krankheit (wie Lupus, Beri-Beri etc.) auf und glaubt wegen des herdartigen Auftretens an einzelnen Knochen an die Einwirkung osteolytischer Mikroorganismus. Wiederholte Geburten, Wochenbetten und Laktationen disponiren, schlechte Ernährung, feuchte Wohnung etc. sind in $^1/_3$ der Fälle auszuschliessen.

Das Hauptsymptom sind Knochenschmerzen bei activen und passiven Bewegungen. Verkürzung des Körpers tritt erst nach längerer Dauer ein, und zwar Abplattung des Beckens, dann Schnabelform der Symphyse durch Medianwärtsrücken der Pfannengegenden, endlich Verkürzung des Trochanteren-Abstandes mit Abknickung der aus den drei queren Aussenmaassen des Beckens gebildeten Curven. Demnächst werden Brustkorb und untere Extremitäten befallen, am wenigsten obere Extremitäten, Hals und Kopf. Die Dauer kann Dezennien betragen, Anfälle wechseln mit Ruhepausen, wo Stillstand der Erweichung und sogar wirkliche Regeneration des Knochens eintritt. Bei Nichteintreten neuer Schwangerschaft kann die definitive Heilung eintreten. In therapeutischer Beziehung empfiehlt Kehrer Sorge für günstige hygienische Verhältnisse, ausserdem warme Voll- und Soolbäder.

In der Discussion läugnet Fehling den parasitären Charakter der Krankheit, bei dessen Annahme die günstige Wirkung der Castration unverständlich bliebe; er glaubt dagegen, dass es sich um eine vom Ovarium ausgehende Trophoneurose handle. Er hat 7 Kranke mit vortrefflichem Erfolge castrirt, ebenso Winckel und Hoffa je einen, Müller zwei. Battlehner empfiehlt Leberthran-Behandlung.

Kehrer demonstrirt 1) einen Apparat zur Belehrung über den Stand der Portio und die Richtung des Muttermundes; 2) Thon und Zinkplatten mit eingegrabenen Buchstaben etc. zur Vervollkommung des Tastgefühles; 3) Blasenabgüsse aus den Leichen Schwangerer bei uneröffneten Bauchdecken.

v. Herff-Halle: **Ueber Todesursachen nach Laparotomie.**

1) Herzaffectionen; ausser den gewöhnlichen Degenerationsformen kann in Folge langdauernder Chloroformnarcose (nicht Aethernarcose) Degeneration des Muskels eintreten. Der Tod erfolgt nach langdauerndem, zunehmendem Collaps.

2) Lungenaffectionen, besonders Bronchopneumonie, die sich bei Schwäche, mangelnder Herzthätigkeit und Secretstauung entwickelt. Vorher Lungenkranke sind hiezu besonders disponirt. Aethernarcose ist wegen der auftretenden Speichelsecretion gefährlich.

3) Nierenaffectionen. Anästhetica und Antiseptica können in dieser Beziehung wegen Vermehrung der Eiweissausscheidung (Degeneration der Nierenepithelien) gefährlich werden und sind daher mit Vorsicht anzuwenden.

In der Discussion berichtet Kaltenbach über 3 plötzliche Todesfälle bei 2 Wöchnerinnen und einer Laparotomirten; in einem Falle wurde acutes Fettherz, in den 2 anderen Schrumpfniere gefunden. Hegar sah Herzdegeneration nach Chloroformnarcose sehr selten, Bronchopneumonie öfter, bei Chloroform und Aether. Fehling warnt vor Chloroform bei bestehender Nierenerkrankung, weil er bei Chloroformnarcose Albuminurie und Cylindrurie beobachtet hatte. Klein verlor eine Myomotomirte an alter Nephritis und Zerfall grosser Bezirke von Nierenepithelien (Chloroform). P. Müller warnt vor Aethernarcose wegen der Respirationsstörungen.

Löhlein-Giessen: **Die Bedeutung der Exfoliatio mucosae menstrualis.**

Löhlein verwirft die Auffassung der Schleimhaut-Exfoliation als eines entzündlichen Vorgangs und empfiehlt statt Dysmenorrhöa membranacea oder Endometritis exfoliativa den nichtspräjudicirenden Namen, »menstruale Schleimhautexfoliation«. Löhlein beobachtete diesen Vorgang unter 3000 Privatpatientinnen 25 mal, und zwar 6 mal nach puerperaler und nichtpuerperaler Para- und Perimetritis, 4 mal nach Abortus; und zwar 2 mal nach ungünstig verlaufenem, 4 mal nach Ueberanstrengung und Erkältung während des Menses mit Suppression derselben, 1 mal bei gleichzeitiger rheumatischer Erkrankung, 2 mal nach frischer Endometritis; chronische Endometritis wurde bei der vorgenommenen Abrasio öfters nachgewiesen. Unter den Erkrankten befanden sich 2 Schwesternpaare, was auf eine ererbte anatomische Dispositition hinweisen könnte.

Stürmische Erscheinungen treten meist nur dann auf, wenn die Ausstossung der Membran durch die Enge des Kanals erschwert wird. Blutige Erweiterung der Cervix und Abrasio mucosae sind zu empfehlen; in Fällen, wo diese Mittel erfolglos sind, handelt es sich wohl um Erkrankung der Adnexa. Nach der Ausschabung nimmt Löhlein Jodinjectionen vor. Conception sah Löhlein unter 25 Fällen 6 mal wieder eintreten. Ein dauerndes Verschwinden sah Löhlein nur einmal, ohne dass es der eingeschlagenen Therapie zugeschrieben werden konnte.

Krevet-Mühlhausen: **Ueber das Verhalten der Aerzte zu den Hebammen bei dem jetzigen Stande der Antisepsis und Demonstration einer Hebammentasche.**

Krevet betont besonders, dass Hebammen keine Ausspülungen machen sollen, ausser mit sterilisirtem Wasser.

(Schluss folgt.)

IV. Internationaler Congress für Otologie zu Brüssel.

Sitzung vom 10.—14. September 1888.

(Schluss.)

Morpungo tritt für die Instillation im Beginn acuter Otitis media in den äusseren Gehörgang ein, von welcher derselbe nicht nur eine sedative sondern auch eine häufig die Entzündung selbst coupirende Wirkung gesehen hat.

Als ein wesentliches Resultat seiner zahlreichen Untersuchungen über die Verwerthung des Rinne'schen Versuchs für die Diagnose der Labyrinthaffectionen wird von Rohrer hervorgehoben: »Der negative Rinne bei hochgradiger Schwerhörigkeit mit Verminderung der Knochenleitung und der Perception hoher Töne deutet bei negativem Ausfall der Gellé'schen Pressionen für Knochenleitung auf secundäre Betheiligung des Labyrinths.«

Cozzolino brachte zweimal Gehörshallucinationen zum Verschwinden, einmal durch Entfernung eines Cerumenpfropfs und das andre Mal durch Entleerung von Serum aus der Paukenhöhle.

In zwei Fällen von chronischer Mittelohreiterung, in welchen von Th. Barr der Warzentheil eröffnet werden musste, war ausserdem die Trepanation des Schädels und Entleerung eines im Temporallappen localisirten Gehirnabscesses nothwendig, welche Macewen bei beiden mit glücklichem Erfolge ausführte. In einem weiteren von Macewen operirten Falle, der an einer späteren anderweitigen Erkrankung zu Grunde ging, konnte Barr sich von der eingetretenen Vernarbung des früher eröffneten Gehirnabscesses durch Autopsie überzeugen.

Der schädliche Einfluss des Aufenthaltes am Meere nicht nur für Sclerosirungsprocesse im Mittelohr, sondern auch für Otorrhöen, über welchen Moure sich verbreitete, wird von Bobone u. a. wenigstens mit Rücksicht auf die letzteren bestritten.

Aus der Abhandlung von Gradenigo über die electrische Reizung des N. acusticus sei hier nur erwähnt, dass unter 65 gesunden Personen bei wiederholter beiderseitiger Prüfung des Ohres mit starken Strömen nur in 4 Procent der Fälle eine Reaction des Hörnerven eintrat.

Das Zustandekommen einer zufälligen Perforation des runden Fensters, welche Cozzolino, nach seiner Meinung, gelegentlich

galvanocaustischer Durchtrennung von Narben in dessen Bereich vorgekommen und von tropfenweisem Austritt einer klaren Flüssigkeit, sowie einer relativen Hörbesserung gefolgt war, wird von Gellé und Politzer auf Grund der versteckten Lage der Fenstermembran unter normalen anatomischen Verhältnissen bezweifelt; die Flüssigkeit konnte einer abgeschlossenen an dieser Stelle entstandenen Cyste angehören; hätte sie aus dem Labyrinthe gestammt, so wäre die momentane Folge jedenfalls eine Verminderung der Hörweite gewesen.

Delstanche tritt von neuem, ebenso wie auf dem vorigen internationalen Otologencongress, für die Wirksamkeit der Luftverdünnung im äusseren Gehörgang mittelst seines Raréfacteurs auf Sclerosirungs- und Adhäsivprocesse im Mittelohr ein und stellt einige Fälle vor, in welchen diese Methode eine beträchtliche Hörbesserung erzielt hat.

Auf Grund seiner Statistik, von welcher er 14 Fälle mittheilt, glaubt Böke, dass das Pilocarpin die Hoffnungen nicht erfülle, welche man auf seine subcutane Anwendung bei Labyrintherkrankungen setzte und verzichtet seinerseits auf seine Verwendung, wogegen Rohrer, Roosa, Cozzolino und Barr über günstige Erfolge bei richtiger Indicationsstellung berichten.

Ferner wurden von Böke zwei Fälle von purulenter und einer von catarrhalischer Mittelohrentzündung mitgetheilt, welche in der Reconvalescenz von Typhus abdominalis aufgetreten waren und zur Heilung gelangten.

Demonstrirt wurden von Siebenmann: 1) Aspergillusculturen aus dem Ohre, 2) Metallcorrosionspräparate, welche die Hohlräume insbesondere vom macerirten Schläfenbeine, wie Referent durch eigene Anschauung sich überzeugt hat, in einer unerwarteten Vollkommenheit darstellen,

von Gradenigo 1) ein Carcinom des Gehörorgans mit Pachymeningitis und Eiteransammlung unter der Dura mater und im Labyrinth, 2) eine Neuritis der N. acustici bei Meningitis purulenta, welche er als Metastase, nicht als einfache Fortpflanzung des meningitischen Processes betrachte, 3) Lupus des mittleren und inneren Ohres, von Randall Photographien des normalen Gehörorgans, endlich von verschiedenen Autoren eine Reihe von Apparaten und Instrumenten.

Den Schluss des Berichtes bilden eine Anzahl von eingesendeten Abhandlungen:

Um eine künstlich angelegte Perforation im Trommelfell dauernd zu erhalten, schneidet Alvaroz einen dreieckigen Lappen aus und macht eine Anzahl kleiner Incisionen in den Perforationsrand »um die Vascularisation zu vermeiden oder zu verhindern.«

Von dem Referenten wird 1) eine neue nur zweimal im Lauf der Jahre von ihm beobachtete Erkrankungsform unter dem Namen »Lithiasis des äusseren Gehörganges« beschrieben, eine Bildung von Kalkconcrementen in dessen knöcherem Theil, welche in ihrem makroscopischen Verhalten cariösen Knochen vollständig gleichen und die Diagnose in dieser Richtung irre leiten könnten. Die Krankheitsproducte wurden der Versammlung vorgelegt; ebenso

2) als weitere Instrumente für die Hörprüfung eine Reihe von Stimmgabeln in Octavendistanzen, deren tiefste, Contra A, durch Belastung mit Gewichten und Verschieben derselben successive bis auf Contra C (32 Schwingungen) herabgestimmt werden kann. Die höheren Stimmgabeln reichen bis a''. Daran schliesst sich ein vom Referenten angegebenes Pfeifchen, dessen Ton durch successives Verschieben seines Stempels bis a^v erhöht werden kann und die continuirliche Tonreihe des Galtonpfeifchens nach abwärts fortsetzt. Damit ist das wiederholt ausgesprochene Postulat nach einer die ganze Scala umfassende Tonreihe für unsere Hörproben erfüllt, und wir besitzen ausserdem gerade für diejenigen Stellen der Scala, in welchen weitaus am häufigsten bei Erkrankung des Ohres sich Lücken vorfinden, nämlich sowohl für ihren obersten Theil, im Galtonpfeifchen, als für ihren untersten Theil in der mit Gewichten belasteten Contra-A-Stimmgabel, eine continuirliche Reihe für unsere Hörprüfungen.

Auch Jacobson erörtert in einer Abhandlung die verschiedenen Methoden zur Bestimmung der Hörschärfe; wie wohl alle Autoren stellt er in erste Linie die Sprache und verweist schliesslich auf den von ihm bereits früher angegebenen Apparat, welcher die zugeleiteten Töne mittelst magneto-electrischer Inductionsströme erzeugt.

Eine Reihe von Vorträgen und Einsendungen beschäftigen sich endlich mit den dem Ohr benachbarten Regionen, der Nase und dem Nasenrachenraum.

Der V. internationale Congress der Otologen wird im Jahre 1892 in Florenz stattfinden. Bezold.

Verschiedenes.

(Influenza in St. Petersburg.) Ueber die klinischen Erscheinungen der jetzt bereits im starken Rückgang begriffenen Erkrankung berichtet die Petersb. med. Wochenschrift: Die Incubationsdauer beträgt 2 Tage. Das Prodromalstadium ist kurz, dauert oft nur wenige Stunden, kennzeichnet sich durch Mattigkeit, Kopfschmerz, Frösteln etc. wie bei anderen Infectionskrankheiten. Der Symptomencomplex ist ein verschiedener und lassen sich darnach etwa 3 Gruppen von Krankheitsfällen unterscheiden. Allen gemeinsam jedoch ist das Hervortreten der allgemein nervösen Symptome, wie hochgradige Abgeschlagenheit und Schwäche, Gliederweh, Kopfschmerz, bisweilen Schwindel und verschiedenartige nervöse Sensationen (z. B. Hyperästhesien), die dem kurzdauernden, oft nicht hohen Fieber durchaus nicht immer entsprechen. Das Fieber steigt meist rasch an, erreicht oft am selben Tage 40° und 40,5° und fällt ebenso rasch wieder ab oder hält sich ein paar Tage hoch, um dann rasch abzufallen. Dauer des Fiebers meist 1—3 Tage, selten 5—6. So weit untersucht worden, lässt sich immer eine leichte Schwellung der Milz nachweisen. Die drei erwähn. Gruppen von Symptomen charakterisiren sich etwa wie folgt: 1) Die rein nervöse Form. Die allgemeinen Symptome von Seiten des Nervensystems besonders stark ausgesprochen, bisweilen neuralgische Schmerzen, die eine beginnende Pleuritis etc. vortäuschen können. Respirationsschleimhaut und Darmtractus vollkommen normal. Diese Form ist besonders häufig und hat im Anfang vielfach Veranlassung zur Diagnose auf beginnenden Typhus gegeben. 2) Die durch catarrhalische Affection der Respirationsschleimhaut charakterisirte Form: Bronchialkatarrh, Schnupfen und Conjunctivitis entwickeln sich mit dem Fieber, treten oft erst nach Ablauf desselben deutlich hervor und dauern meist noch viele Tage nach Schwinden des Fiebers fort. 3) Die gastrische Form mit catarrhalischer Affection des Digestionstractus. Sie setzt bisweilen mit heftigem Erbrechen ein, das 1—2 Tage andauern kann.

Von besonderen Symptomen, die beobachtet worden sind, seien noch erwähnt: Herpes labialis und nasalis recht häufig, palpebrarum selten, Erythem, Roseola, Urticaria u. s. w. Als Complicationen, die aber im Ganzen sehr selten sind, werden gemeldet: meningitische Reizung, catarrhalische Pneumonie. Letztere ist die Todesursache in den bisher spärlichen Fällen mit letalem Ausgang gewesen. Natürlich kommen ausser den wohlcharakterisirten Fällen eine Masse von ganz leichten, abortiv verlaufenden vor, bei welchen nur einzelne der angeführten Symptome in ganz geringem Grade auftreten, um bald wieder vollkommener Euphorie Platz zu machen. Die Reconvalescenz ist in den ausgesprochenen Fällen eine äusserst verschiedene, richtet sich vielleicht nach der Heftigkeit der Erkrankung und nach der eingeschlagenen Therapie. Manche Patienten fühlen sich bereits am Tage nach dem Abfall des Fiebers vollständig arbeitsfähig, bei anderen dauern, abgesehen von den catarrhalischen Erscheinungen, die nervösen Symptome noch Tage lang. — Auch Recidive sollen beobachtet worden sein, in der Art, dass nach Schwinden des Fiebers bei relativem Wohlbefinden am 5.—7. Tage das Fieber mit Schüttelfrost wieder einsetzt und sich nun auch catarrhalische Symptome einstellen. — In der Therapie spielen die Hauptrolle: Chinin, Antifebrin (2—3 mal täglich 0,5 pro dosi; billig, daher für die ärmere Bevölkerung geeignet), Antipyrin, Natr. salicyl. und ähnliche, sowie die Diaphorese. Die Resultate mit allen diesen Mitteln werden gerühmt.

Therapeutische Notizen.

(Gegen die Grippe), worunter er eine epidemische, infectiöse wahrscheinlich contagiöse Erkrankung mit unregelmässigem Fieber, Entzündung und Katarrh der Schleimhäute, nervösen Störungen, endlich Schweissausbrüchen und Durchfällen versteht — empfiehlt Alison (Arch. gén.) dringend, an Stelle der bisherigen, rein symptomatischen oder hygienischen Behandlung, die Anwendung des Tannins in Tagesdosen von 1,5—2,5 (Erwachsenen 3 mal täglich am Schluss der Mahlzeit in Oblate zu geben). Er hat auf diese Weise 23 Fälle, die zum Theil schon anderen Behandlungsmethoden lange widerstanden hatten, geheilt, oder erheblich gebessert. Es tritt sofort eine Abnahme des Katarrhs, der Schmerzen, der nervösen Erregung ein; der Schlaf wird

ruhiger, der Appetit stellt sich ein. Schweiss und selbst Diarrhöe werden weniger beeinflusst. Das Mittel wurde in allen Fällen gut vertragen und hatte nie eine ungünstige Nebenwirkung. (Peterb. med. W.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 17. December. Am 12. d. Mts. fand im k. Staatsministerium des Innern die Plenarsitzung des Obermedicinalausschusses statt, zu welcher ausser den Delegirten der Aerztekammern auch die beiden Vertreter der internen Klinik an den Universitäten zu Würzburg und Erlangen, die Professoren Leube und Strümpell, erschienen waren. Als Sachverständiger für die Rindertuberculose war der k. Regierungsrath, Landesthierarzt Goehring beigezogen. Generalstabsarzt Dr. v. Lotzbeck war vom k. Kriegsministerium abgeordnet, um die für die Berathung, deren Gegenstand die Prophylaxis der Tuberculose bildete, vom militärärztlichen Standpunkte aus erforderlichen Informationen zu ertheilen. Im Allgemeinen schloss sich der erweiterte Obermedicinalausschuss dem Gutachten des Obermedicinalrathes Professor Bollinger vom 18. Juni ds. Js. an, dass zunächst Desinfectionsversuche an einer Gefangenanstalt durchzuführen seien, desgleichen, dass der Frage der Bekämpfung der Rindertuberculose und der aus derselben für die menschliche Gesundheit drohenden Gefahren vom k. Staatsministerium des Innern nähergetreten werden möge. Sodann trug der Correferent Geheimrath v. Ziemssen eine Reihe von Punkten vor, welche zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberculose in Hinsicht des menschlichen Verkehrs, der allgemeinen Reinlichkeit, der Ernährung u. s. w. in's Auge gefasst werden könnten. Die Berathung kann als eine dem Gegenstande jedenfalls sehr förderliche erachtet werden. Am Schlusse derselben sprach der Vorsitzende der Versammlung im Auftrage des an der persönlichen Theilnahme an der Sitzung dienstlich verhinderten Herrn Staatsministers des Innern, Exc. Frhr. v. Feilitzsch, den Dank desselben für die sachgemässe Behandlung des so schwierigen und interessanten Themas aus. Nach Schluss der Sitzung beglückwünschte der I. Vorsitzende, Herr Geheimrath v. Kerschensteiner, Namens der Versammlung den II. Vorsitzenden, Herrn Geheimrath v. Ziemssen, zur Feier seines 60. Geburtstages.

— An Stelle des erkrankten, bisherigen Kreiscassiers des Sterbecassa-Vereines der Aerzte Bayerns a. V., des königl. Bezirksarztes a. D. Herrn Dr. W. Sonntag in Staffelstein, wurde Herr Dr. Georg Messetb, praktischer und Hausarzt des Zuchthauses Plassenburg in Kulmbach als Kreiscassier für den Regierungsbezirk Oberfranken ernannt.

— Der zwölfte Balneologen-Congress wird am 8. und 9. März 1890 im Hörsaale des pharmakologischen Instituts zu Berlin unter Vorsitz des Herrn Prof. Liebreich stattfinden. Anmeldungen zu den Vorträgen werden an den Generalsecretär der balneologischen Gesellschaft, Herrn Sanitätsrath Dr. Brock, Berlin S. O. Schmidstr. 42 recht bald erbeten.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatte in der 48. Jahreswoche, vom 24.—3. November, die geringste Sterblichkeit Karlsruhe mit 11,0, die grösste Sterblichkeit Aachen mit 33,8 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— Die als Dengue-Fieber bekannte Seuche zeigte sich anfangs Juni d. Js. im dichtbevölkerten Judenviertel von Smyrna, und breitete sich von dort schnell über die ganze Stadt aus. Von den etwa 250,000 Einwohnern sollen gegen neun Zehntel befallen worden sein. Später trat die Krankheit auf in Pera, Galata, Stambul und in den anstossenden Ortschaften. In Beirut wurden gegen 15,000 Personen befallen. In Konstantinopel selbst beschränkt sich die Seuche auf die Quartiere am goldenen Horn, die an das Thal von Kasrim Pascha angrenzenden Viertel, die Thäler von Beschiktasch, Ortakeni und Skutari. Trotz weiter Verbreitung und protrahirter Reconvalescenz waren die Erkrankungen meist leichter Art, und endigten in Genesung. Neuerdings ist die Seuche in Abnahme begriffen. (V. d. K. G.-A.)

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Privatdocent Dr. Bramann ist zum ausserordentlichen Professor an der hiesigen Universität ernannt worden. Geh.-Rath v. Bergmann ist seit seiner Rückkehr von der Beerdigung v. Volkmann's in Halle an einer Pneumonie erkrankt, bei welcher nach dem bisherigen Verlaufe glücklicherweise eine Gefahr ausgeschlossen ist. Prof. Bramann ist seitens des Ministeriums in Vertretung desselben mit der Abhaltung der klinischen Vorlesung betraut worden. Mit der Vertretung des erkrankten Geheimraths Prof. G. Lewin sowohl als dirigirenden Arztes, wie als klinischen Lehrers ist der Privatdoc. Ober-Stabsarzt I. Cl. und dirig. Arzt Dr. Burchardt beauftragt worden. — Halle a./S. Der Privatdocent für Chirurgie Dr. Fedor Krause, langjähriger Assistent Volkmann's, wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt. Ein amerikanischer Verehrer Volkmann's hat zur Errichtung eines Volkmann-Denkmales 5000 M. gestiftet. — **München.** Am 14. ds. habilitirte sich Dr. Hans Schmaus, Assistent am pathologischen Institut, als Privatdocent für pathologische Anatomie. Die Habilitationschrift behandelt die Compressionsmyelitis bei Caries der Wirbelsäule.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Abschied bewilligt dem Oberstabsarzt 1. Cl. Dr. Buchetmann, Garnisonsarzt der Kommandantur der Haupt- und Residenzstadt München, unter gebührenfreier Verleihung des Characters als Generalarzt 2. Cl., mit Pension und mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform.

Befördert zu Oberstabsärzten 2. Cl.: der Stabs- und Abtheilungsarzt Dr. Wilhelm Fischer vom 1. Feld-Art.-Reg. als Regimentsarzt im 3. Chev.-Reg., und der Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Weber im 1. Train-Bataillon; zu Stabsärzten: die Assistenzärzte 1. Cl. Dr. Dornhöfer vom 8. Inf.-Reg. im 11. Inf.-Reg., und Dr. v. Kirchbaur vom 16. Inf.-Reg. im 1. Pionier-Bat., beide als Bataillonsärzte; dann in der Reserve der Assistenzarzt 1. Cl. Dr. Xaver Wohlfart (Augsburg), in der Landwehr 1. Aufgebotes die Assistenzärzte 1. Cl. Dr. Ludwig Tretzel und Dr. Arthur Stelzer (Ansbach), Dr. Karl Bringmann (Kaiserslautern); zu Assistenzärzten 1. Cl.: die Assistenzärzte 2. Cl. Fleischmann im 2. Inf.-Reg. und Dr. Jacoby im 4. Inf.-Reg., in der Reserve die Assistenzärzte 2. Cl. Dr. Anton Stickl (Ingolstadt), Dr. Gg. Augsberger (Erlangen) und Dr. Franz Ficker (Aschaffenburg); in der Landwehr 1. Aufgebots die Assistenzärzte 2. Cl. August Niebling (Landhut) und Dr. Conrad Schaad (Hof); zu Assistenzärzten 2. Cl. der Reserve die Unterärzte Peter Lund und Dr. Clemens Weber (I. München).

Patent ihrer Charge verliehen den Oberstabsärzten 1. Cl. Dr. Wigand, Reg.-Arzt im 8. Inf.-Reg. und Dr. Angerer, à la suite des Sanitätscorps und Docent am Operations-Curs für Militärärzte.

Characterisirt (gebührenfrei) als Oberstabsärzte 1. Cl.: der Oberstabsarzt 2. Cl.. Dr. Solbrig, Referent im Kriegsministerium, dann die Oberstabsärzte 2. Cl. und Reg.-Aerzte Dr. Paur im 7. Inf.-Reg., Dr. Bierling im 12. Inf.-Reg., und Dr. Miller im 14. Inf.-Reg.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 49. Jahreswoche vom 1. bis 7. December 1889.

Betheil. Aerzte 292. — Brechdurchfall 21 (16*), Diphtherie, Croup 89 (83), Erysipelas 6 (11), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (4), Kindbettfieber 5 (—), Meningitis cerebrospin. 1 (—), Morbilli 62 (61), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 2 (5), Parotitis epidemica 4 (1), Pneumonia crouposa 20 (16), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 19 (27), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 5 (8), Tussis convulsiva 27 (33), Typhus abdominalis 3 (4), Varicellen 41 (43), Variola, Variolois — (1). Summa 311 (313). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 49. Jahreswoche vom 1. bis incl. 7. Dec. 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 2 (1), Scharlach 1 (—), Diphtherie und Croup 9 (13), Keuchhusten 4 (1), Unterleibstyphus — (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 123 (178), der Tagesdurchschnitt 17.6 (25.4). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 22.8 (32.9), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 16.6 (19.5), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 14.7 (16.3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Rothe, Frauenkrankheiten. Kurzes Lehrbuch für Aerzte und Studirende Mit 46 Holzschnitten. III. Aufl. Leipzig, 1890.

Senn, A plea in favor of early laparotomy for catarrhal and ulcerative appendicitis. Chicago, 1889.

Semon, Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen. Berlin, 1889.

Jassinowsky, Die Arteriennath. Dorpat, 1889.

Leyden, Arbeiten aus der I. medicinischen Klinik zu Berlin. Oct. 1888 bis Oct. 1889. Berlin, 1890.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.